



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Relación entre conocimientos y prácticas sobre la
prevención de anemia ferropénica en madres de niños
de 6 a 36 meses en un centro de salud. Lima, 2019**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Ruth Marlith GONZALES VARGAS

ASESOR

Mg. Teresa de Jesús VIVAS DURAND

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Gonzales R. Relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses en un centro de salud. Lima, 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

Hoja de Metadatos complementarios

Código ORCID del autor	—
DNI o pasaporte del autor	70830843
Código ORCID del asesor	0000-0003-3614-931X
DNI o pasaporte del asesor	07343495
Grupo de investigación	Salud integral madre niño, adolescente y responsabilidad social (SIMANIR)
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lugar: Centro de Salud Primavera Dirección: Urb. Primavera calle 23 de Setiembre S/N El Agustino –Lima - Perú Coordenadas geográficas: 12°02'03.1"S 77°00'19.8"W
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
Disciplinas OCDE	Enfermería http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Nota: tomar en cuenta la forma de llenado según las precisiones señaladas en la web (las tablas OCDE están incluidas).
https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/recepcion_investigacion/Hoja%20de%20metadatos%20complementarios_30junio.pdf



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN 28/08/2020

HORA INICIO : 08:30 Hrs.

HORA TÉRMINO : 09:30 Hrs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Mg. Cecilia Maura Chulle LLenque

MIEMBRO : Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

MIEMBRO : Mg. Angélica Miranda Alvarado

ASESOR : Mg. Teresa Vivas Durand

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Ruth Marlith Gonzales Vargas

CODIGO : 15010128

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: 012829-2020-R/UNMSM (21/04/2020)

TÍTULO DE LA TESIS

**“RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA
FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA,
2019”**

4. RECOMENDACIONES

- Ninguno

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

<https://medical-int.zoom.us/j/99525255193>

ID: 995 2525 5193

Grabación archivada en: Escuela Profesional de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5. NOTA OBTENIDA: 17, diecisiete

6. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

Firma	Firma
Mg. Cecilia Maura Chulle LLenque DNI 25627248	Mg. Juana Matilde Cuba Sancho DNI 06756074
PRESIDENTE	MIEMBRO

Firma	Firma
Mg Angélica Miranda Alvarado DNI 08862748	Mg. Teresa Vivas Durand DNI 07343495
MIEMBRO	ASESORA



UNMSM

Firmado digitalmente por CORNEJO
VALDIVIA DE ESPEJO Angela Rocio
FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10.09.2020 19:24:02 -05:00

DEDICATORIA

*A Dios por brindarme salud,
fortaleza para lograr mis objetivos
planteados en cada etapa de mi
carrera y por iluminar mi camino.*

*A mis padres Maria y Demetrio por
el constante apoyo, motivación y
amor brindado durante toda mi
formación.*

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a mi Alma Mater UNMSM por brindarnos una formación profesional con calidad humanística.

A las autoridades del Centro de Salud Primavera por el apoyo en la ejecución del proyecto y a todas las madres de familia por su valiosa disposición e interés con respecto al trabajo de investigación.

Con gratitud inmensa a la Mg. Teresa Vivas Durand por su constante apoyo y orientación en la culminación del presente trabajo.

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	V
SUMMARY.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación de objetivos	6
1.2.1 Objetivo general:.....	6
1.2.2 Objetivos específicos:	6
1.3. Justificación de la investigación	7
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	
2.1 Marco teórico	2
2.1.1 Antecedentes del estudio	2
2.1.2 Base teórica conceptual	13
2.1.2.1 Aspectos teóricos conceptuales sobre anemia ferropénica.....	13
2.1.2.2 Situación actual de la anemia ferropénica en el Perú	18
2.1.2.3 Plan multisectorial de la lucha contra la anemia.....	19
2.1.2.4 Acciones principales para la prevención de la anemia ferropénica	21
2.1.2.5 Generalidades sobre conocimientos	36
2.1.2.6 Generalidades sobre prácticas	38
2.1.2.7 Rol de enfermería en la prevención de anemia ferropénica	40
2.1.3 Definición operacional de términos	43
2.1.4 Formulación de la hipótesis	44
2.1.5 Identificación de la variable	44

2.2 Diseño metodológico.....	44
2.2.1 Tipo, nivel y método de investigación.....	44
2.2.2 Sede de estudio	45
2.2.3 Población y muestra	45
2.2.4 Criterios de inclusión:.....	45
2.2.5 Criterios de exclusión:.....	46
2.2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
2.2.7 Validez y confiabilidad	46
2.2.8 Plan de recolección, procesamiento y análisis de los datos	47
2.2.9 Consideraciones éticas	49
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3.1 Resultados.....	47
3.1.1 Datos generales.....	47
3.1.2 Datos específicos.....	47
3.2 Discusión	53
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	61
4.2 Recomendaciones	60
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	61

RESUMEN

La anemia se ha convertido en un problema sanitario de mayor envergadura a nivel mundial y nacional, pues existen diferentes factores que influyen en su repercusión afectando asiduamente de manera irreversible el crecimiento y desarrollo de la población infantil. **Objetivo:** Determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden a un Centro de Salud. **Metodología:** Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, según el alcance es correlacional, de corte transversal sobre una muestra de 48 madres obtenida por muestreo probabilístico con el método de poblaciones finitas y muestreo aleatorio simple, la técnica fue la entrevista y los instrumentos dos cuestionarios para medir los conocimientos y prácticas, sometidos a validez mediante juicio de expertos y confiabilidad por prueba piloto. **Resultados:** El 54.2% (26) conocen sobre la prevención de anemia ferropénica, mientras que un 45.8% (22) no conocen; el 64.6% (31) tienen prácticas inadecuadas mientras que 35.4% (17) tienen prácticas adecuadas sobre lo antes mencionado. Se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado que no existe correlación entre las variables de estudio con un valor de $p= 0.091$. **Conclusión:** No existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad en un centro de salud.

Palabras clave: Conocimientos y prácticas de salud, anemia ferropénica, prevención de enfermedades.

SUMMARY

Anemia has become a major health problem at the global and national level, as there are different factors that influence its impact, assiduously affecting the growth and development of the child population in an irreversible way.

Objective: To determine the relationship between knowledge and practices on the prevention of iron deficiency anemia in mothers of children from 6 to 36 months who attend a Health Center. **Methodology:** Quantitative study, application level, according to the scope it is correlational, cross-sectional on a sample of 48 mothers obtained by probabilistic sampling with the finite population method and simple random sampling, the technique was the interview and the instruments two questionnaires to measure the knowledge and practices, subjected to validity through expert judgment and reliability by pilot test. **Results:** 54.2% (26) know about the prevention of iron deficiency anemia, while 45.8% (22) do not know; 64.6% (31) have inadequate practices while 35.4% (17) have adequate practices on the aforementioned. It was determined by the Chi square test that there is no correlation between the study variables with a value of $p = 0.091$. **Conclusion:** There is no significant relationship between knowledge and practices on the prevention of iron deficiency anemia in mothers of children between 6 and 36 months of age in a health center.

Key words: Health Knowledge and practices, Anemia Iron-Deficiency, disease Prevention.

PRESENTACIÓN

La anemia, es considerada actualmente como una de las principales deficiencias nutricionales que aqueja al mundo debido a su elevada prevalencia, y por afectar principalmente a niños(as) y gestantes, lo cual marca el futuro del niño⁽¹⁾.

Cabe resaltar que, la anemia en el Perú también ha afectado considerablemente los diversos ámbitos políticos, sociales y económicos y a pesar de la mínima reducción sobre la prevalencia de esta afección a nivel nacional en infantes menores de 5 años, se ha evidenciado que en estos últimos tres años las cifras fueron aumentando⁽²⁾.

En efecto, la anemia infantil conlleva consecuencias que afectará significativamente el futuro del individuo, sobre todo en el desempeño cognitivo, social y emocional de manera negativa. Repercutiendo en el nivel educativo con capacidad de realización de manera deficiente, como también un aumento considerable de cifras de morbilidad⁽³⁾.

Actualmente existen estrategias sanitarias encaminadas a la reducción de la prevalencia de esta afección, el cual se plasma en el plan multisectorial planteado por el estado peruano, señalando actividades competentes, por el cual, el profesional de enfermería asume un rol protagónico dirigiéndose a los padres de familia en el cuidado integral de sus niños.

Por ello, surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación que lleva como título “Relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Primavera. 2019.”, planteándose con el objetivo

de determinar la relación entre los conocimientos y prácticas que tienen las madres en relación a la prevención de esta enfermedad.

El presente trabajo comprende de 4 capítulos: El primero, consta del problema, objetivos y justificación de la investigación. El segundo, bases teóricas y metodológicas. El tercero, resultados y discusión. El cuarto, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La anemia es considerada como un trastorno en el cual los hematíes se encuentran en déficit lo cual genera que el organismo no cumpla las necesidades requeridas⁽⁴⁾. En ese sentido resulta ser un problema de carencia nutricional el cual afecta principalmente a niños, mujeres en edad fértil y gestantes⁽⁵⁾.

Lo más trascendental de este trastorno es que tiene efectos negativos en el desarrollo psicomotor, lo que implica un menor desempeño, a largo plazo, tanto en las áreas afectivo, social y cognoscitivo lo cual refleja un nivel educativo deficiente y capacidad de autorrealización insatisfecha, resultando ser perjudicial en la calidad de vida de los seres humanos afligidos⁽⁶⁾.

Al respecto la OMS, considera que se trata de una afección nutricional de mayor magnitud, puesto que, según los datos reportados en el año 2018, el 47.4% de la población infantil global en menores de 3 años de edad, presentan este trastorno; por consiguiente, el valor estimado es alarmante ya que se aproxima casi a la mitad de esta población⁽⁷⁾.

Mientras que, en el Perú, según ENDES - 2019, reportan que el 40.1% comprendido entre los 6 meses y 3 años presentan este problema⁽⁸⁾. Esta realidad epidemiológica que afecta en gran medida a los niños menores de 3 años, ha generado múltiples cuestionamientos y desasosiegos en diversos ámbitos responsables de la salud y bienestar de la población peruana.

Así mismo, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2018 afirma que los niños que presentan anemia comprendidos entre los 6 a 35 meses de edad (43,5%): “El 27,8% presenta anemia leve, el 15,5% anemia moderada, y el 0,4% anemia grave”⁽²⁾.

En este contexto podemos señalar que la población que presenta mayor riesgo a tener este problema nutricional son niños(as) menores de 3 años, puesto que en esta etapa de vida ocurre una mayor celeridad de crecimiento y diferenciación celular a nivel cerebral, por tal motivo exige un mayor requerimiento exógeno que influirán para responder a esta necesidad, tales como la ingesta de alimentos nutritivos que incluyan vitaminas y minerales⁽⁶⁾.

Frente a ello, se han realizado estudios de caso control en el que se evidencia el motivo por el cual la anemia ferropénica afecta el desarrollo psicomotor, dando como resultado que el déficit de hierro interviene significativamente en la alteración de la sinapsis cerebral. Al respecto, Gilda y colaboradores mencionan que los “niveles bajos de este mineral altera la generación de mielina en las neuronas a nivel cerebral, así mismo, afecta la conducción y regularización de neurotransmisores tales como el ácido gamma amino butírico (GABA), dopamina, serotonina”⁽⁹⁾.

En efecto, los neurotransmisores que han sido afectados por la deficiencia de hierro como lo es en el caso de la dopamina, pone de manifiesto que los receptores y transportadores que han sido alterados, causa efectos negativos en los factores cognitivos y afectivos; por otro lado, en el caso de los receptores GABA resulta alterar el área de coordinación tales como el movimiento y memoria⁽⁹⁾.

De igual manera, Suarez H., refiere que “el déficit de hierro cerebral ocurridas en etapas tempranas de vida son perjudiciales durante la adultez, más allá de recuperar la anemia durante la infancia”⁽¹⁰⁾.

Bajo esta premisa, resulta crucial que las primeras etapas de vida sobre todo en la infancia, se debe lograr una nutrición adecuada respondiendo a las exigencias del propio organismo para obtener un óptimo desarrollo y crecimiento, es así que, uno de los pilares más importantes para obtener ello es brindar alimentos que contengan este mineral, sin embargo, si el niño (a) no recibe los alimentos necesarios durante esta etapa de vida los efectos se reflejan a futuro; por lo que, si no se revierte a tiempo este déficit podría llegar a presentar algún grado de anemia ferropénica, y posterior a ello se originaría efectos negativos tales como: “alteración en el desarrollo psicomotor, retraso en el crecimiento, lo cual puede ocasionar daños irreversibles”⁽⁶⁾.

Siendo su causa principal la pobre ingesta de hierro en la dieta. Así mismo, el Ministerio de Salud pone énfasis en que: “La principal fuente de ingesta de hierro que tienen los infantes, es de tipo vegetal, el cual posee biodisponibilidad intestinal baja, adicional a ello, se evidencia que su absorción se ve alterada por productos inhibidores en la dieta”⁽¹¹⁾.

El MINSA recomienda ingerir 11mg de hierro por día en todos los infantes menores de 36 meses, sin embargo, aproximadamente el 90% no cumple los niveles que se sugiere⁽¹²⁾.

Frente a esta realidad, se han instaurado diversas estrategias a nivel nacional para combatir este problema nutricional, tal es así que, se aprobó en el país el “Plan Multisectorial de la Lucha Contra la Anemia”, declarando a nivel nacional como un tema prioritario en infantes con edad inferior a 3

años, el cual se dispuso como meta reducir su prevalencia al 19% para el año 2021⁽⁵⁾.

En respuesta a esta necesidad, se ha planteado como objetivo general prevenir y reducir la prevalencia de este trastorno que acarrea a los niños, adolescentes y gestantes, bajo la premisa de la articulación de los ministerios, gobierno nacional, gobiernos regionales y locales⁽⁵⁾.

Sin embargo, es fundamental que la madre o cuidadora responsable del niño conozca e implemente estas medidas preventivas ya que gran parte del tiempo lo comparten con sus niños, proporcionándoles una alimentación en base a sus creencias, cultura y/o costumbres, por lo tanto, es importante saber qué es lo que conocen y cuáles son las prácticas que realizan para prevenir dicha afección.

El distrito de El Agustino es una comunidad en el cual la salud de la población aún no se ha establecido en condiciones de mejoras significativas, si bien es cierto, el estado se ha encargado de mejorar y reducir los niveles de tasas de anemia, sin embargo, aún persisten un número significativo de niños con esta afección.

En el centro de salud “Primavera”, en el servicio de CRED, se encuentran madres de aproximadamente 17-35 años, que al interactuar con ellas, refieren lo siguiente: “No sé qué es la anemia” “Me dijeron que se tiene que dar higadito pero la verdad no le doy mucho porque mi hija está bien” “Mi hija tenía anemia pero no me dijeron que significa eso” “Es cuando bajan de peso” “Es una desnutrición” “Se da por consumir alimentos contaminados” “Todavía no me explican sobre eso” “Le doy chispitas a mi hija 3 veces a la semana”. “Nunca le he dado chispitas a mi hijito”

Es pertinente mencionar que el profesional de enfermería desempeña un papel importante en actividades de promoción y prevención, asumiendo la responsabilidad del programa de control de Crecimiento y Desarrollo en la población infantil con el fin de vigilar su adecuado crecimiento y desarrollo, así mismo, detectar precozmente alteraciones o trastornos tales como la anemia.

Por consiguiente, el enfermero (a) cumple una tarea crucial con los padres de familia, principalmente con la madre, quien se encarga de brindar los cuidados necesarios que su niño requiere, el cual los proporciona según las experiencias o creencias que poseen. Por lo tanto, es necesario que la persona responsable del cuidado del infante, adopte un conjunto de actividades estratégicas para disminuir los factores de riesgo y/o fortalecer los factores protectores a fin de prevenir enfermedades o alteraciones que afecte al niño (a).

En estos últimos 3 años se ha ido reconvirtiendo actividades educativas, mediante programas, campañas de salud, consejerías, etc. Sin embargo, los últimos datos notifican que la prevalencia de la anemia sigue incrementándose, consciente de esta problemática, se genera algunas interrogantes respecto a ¿Por qué no se ha logrado disminuir este problema nutricional pese a las diferentes intervenciones que se han instaurado en estos últimos años? ¿Qué tanto influye los conocimientos con respecto a las prácticas maternas?

Es por este motivo que surgió la necesidad de plantear una respuesta efectiva identificando previamente los factores que repercuten en la prevalencia de dicha enfermedad, de esta manera corregir y/o buscar soluciones directas al problema que persiste.

Por lo expuesto en párrafos anteriores, se creó conveniente realizar un estudio sobre ¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Primavera, Lima-2019?

1.2. Formulación de objetivos

1.2.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Primavera.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos sobre los aspectos generales de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Primavera.
- Identificar los conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Primavera.
- Identificar las prácticas sobre consumo de alimentos ricos en hierro para la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Primavera.
- Identificar las prácticas sobre la administración de suplementos de hierro para la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Primavera.

1.3. Justificación de la investigación

El desarrollo infantil temprano es un proceso integral que se construye en base a capacidades paulatinamente complejas, lo cual le permite al niño(a) ser competente y autónomo a lo largo de la vida. Por ende, la infancia resulta ser el eje fundamental para sentar las bases de un adecuado crecimiento y desarrollo, sin embargo, existen factores que intervienen o limitan este proceso, siendo una de ellas las prácticas alimenticias inadecuadas que ponen en riesgo su salud generando enfermedades o alteraciones nutricionales tales como la anemia ferropénica.

El impacto de esta problemática radica en que su prevalencia se ha ido acentuando durante los últimos años, afectando cerca de la mitad de la población infantil peruana con un 40.1% en el año 2019. Por otro lado, ocasiona efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, emocional y social, que si no son intervenidos a tiempo genera daños irreversibles afectando la calidad de vida del niño. En efecto, los padres de familia, específicamente la madre quien es la principal responsable del cuidado de su hijo, debe implementar acciones oportunas para prevenir esta problemática.

Al respecto, el gobierno ha instaurado múltiples estrategias con énfasis en la educación como charlas educativas a fin de incrementar los conocimientos de los padres, campañas de salud, como también la implementación de multimicronutrientes en los centros de primer nivel de atención. Sin embargo, estas medidas no han generado el impacto que se esperaba ya que las estadísticas aún persisten y no se ha logrado disminuir este problema de salud pública.

Por consiguiente, se tomó pertinente realizar este estudio porque es necesario identificar los conocimientos y prácticas que tienen las madres de familia y así analizar la relación que tienen ambos factores puesto que de esa manera se determinará, si en el contexto actual, los conocimientos que tienen las madres influyen considerablemente en la mejoría de las prácticas, o qué otros componentes, estrategias efectivas toman prioridad para combatir la anemia infantil.

Mediante los resultados obtenidos en el estudio se pretende proporcionar información relevante y actualizada a las autoridades de las instituciones de salud, sobre todo en el distrito de El Agustino ya que no existe una evidencia científica en dicha institución.

Así como también al profesional de enfermería que labora en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, sobre los conocimientos y prácticas que emplean las madres para la prevención de la anemia infantil por déficit de hierro, a fin de que promuevan la implementación de acciones efectivas tales como programas estratégicos o sesiones personalizadas haciendo énfasis en los puntos más críticos encontrados en cada uno de los cuidados que brinde a su niño, de esta manera se fomentará a que los padres de familia se sensibilicen y logren identificar tanto factores protectores como de riesgo para mejorar los cuidados y así realizar prácticas alimenticias óptimas.

También está dirigido a que sus resultados generen en el equipo de salud, la articulación permanente de actividades estratégicas con los padres de familia, incentivando la participación permanente de los mismos para lograr disminuir la anemia ferropénica en la población infantil.

CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 Marco teórico

2.1.1 Antecedentes del estudio

Internacional

Ajete S. en el año 2017, en Cuba desarrolló un trabajo de investigación llamado “Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en San Cristóbal”. El método es descriptivo, transversal, se aplicó un cuestionario que fue validado por INNHA, con una muestra de 95 madres. Entre las conclusiones a las que se llegó es:

“Algunas madres no tienen conocimientos adecuados en cuanto a los alimentos recomendados para la edad infantil. Sin embargo, la mayoría tienen prácticas buenas y actitudes favorables. Lo cual indica que la mayoría de madres que no conocen sobre los alimentos que debe recibir el niño puede que tengan o no prácticas adecuadas”⁽¹³⁾.

Ramesh S. en el año 2017, en India, realizó un estudio titulado “Conocimiento y práctica de la prevención y manejo de la anemia infantil entre madres de niños preescolares en centros seleccionados de Anganwadi de Thrissur, Kerala”. El estudio es descriptivo, no experimental, el método que se utilizó fue un cuestionario, la muestra fue de 100 madres. Concluyéndose que:

“El estudio concluyó que las madres de preescolares tenían un conocimiento por debajo del promedio, pero tenían excelente práctica en materia de prevención y gestión en anemia infantil. Lo que sugiere poner mayor énfasis en las prácticas haciendo uso de redes de apoyo con los centros de salud, como también sesiones demostrativas”⁽¹⁴⁾.

Guedenon K. Y colaboradores; en el año 2016, en Togo, desarrollaron un trabajo de investigación sobre “Conocimiento, actitud y práctica de las madres de niños con anemia menores de cinco años en el departamento de pediatría del hospital de enseñanza Sylvanus Olympio”. El estudio es cuantitativo, descriptivo, técnica la encuesta, instrumento un cuestionario, la muestra fue de 100 madres seleccionadas de manera aleatoria. Concluyéndose que:

“La anemia tales como la causa y tratamiento no es bien conocida por las madres de niños menores de cinco años. La deficiencia de hierro ha sido mencionada por el 3% de las madres. El 43% de las madres conocía el uso de hierro en el tratamiento profiláctico”⁽¹⁵⁾.

Unigarro A. en el año 2010, realizó un estudio en Ecuador, titulado, “Conocimientos, aptitudes y prácticas que tienen las madres sobre la ferropenia en el Hospital San Gabriel”. El trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo, aplicando mediante una encuesta de tipo cuestionario. Se obtuvo una muestra $n=38$. Se llegó a la siguiente conclusión:

“Cerca de la totalidad de madres conocen de manera general sobre la anemia por deficiencia de hierro, sin embargo, no lo suelen aprovechar y consumir de la forma adecuada y oportuna en sus hijos”⁽¹⁶⁾.

Nacional

Salazar K. y Tello Y. en el año 2019, realizaron un estudio en Lima, sobre “Conocimiento y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años en un puesto de salud de Manchay”. El trabajo es cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, la técnica: entrevista y observación, conformada por 120 madres. Concluyéndose que:

“No existe asociación entre las variables conocimiento y prácticas. La mayoría tienen un conocimiento medio seguido de conocimiento bajo; por otro lado, más de la mitad de la población materna posee prácticas inadecuadas”⁽¹⁷⁾.

Trujillo E. en el año 2019, realizó en Lima, una investigación sobre “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 2 años”. El trabajo es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, se utilizó la técnica de encuesta y el instrumento un cuestionario, conformada 107 madres de familia. Llegando a la conclusión:

“El nivel de conocimiento que tienen las madres predominaron los de nivel bajo y medio; así mismo, en la

dimensión donde se observa mayor deficiencia de conocimiento es en la preparación nutritiva de alimentos ricos en hierro”⁽¹⁸⁾

Galindo R. en el año 2018, en Lima, realizó un estudio de investigación, titulado “Conocimiento y prácticas maternas en niños menores de 3 años para prevenir anemia en un Centro de Salud”. El trabajo es descriptivo, de tipo correlacional y de corte transversal, usando la encuesta a través de un cuestionario y escala tipo Likert. Conformada por 150 madres. Concluyéndose que: a

“No existe relación entre los conocimientos y las prácticas que realizan las madres. Se demuestra que las prácticas de las madres para prevenir anemia en sus niños son inadecuadas en un 60% poniendo en riesgo a hijos a presentar anemia”⁽¹⁹⁾.

“El nivel de conocimiento que presentan es de tipo medio; mientras que, para la variable prácticas, una gran parte poseen un nivel inadecuado”⁽¹⁹⁾.

Díaz F. en el año 2018, ejecutó un estudio en Huánuco, que se titula “Nivel de conocimiento y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 24 meses sobre anemia ferropénica en un Centro de Salud”. El trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo, transversal, se empleó una encuesta, mediante un cuestionario, cuya población fueron 50 madres. Concluyéndose:

“El 66% de las madres no conocen sobre la anemia, pero si tienen prácticas adecuadas con un 78%. Lo que indica que una variable no necesariamente depende de la otra. Así mismo, el 54% de las madres proceden de la zona rural y el 58% solo alcanzó el nivel primario”⁽²⁰⁾.

Sedano L., en el año 2017, realizó un estudio en Huancayo, titulado “Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias de las madres sobre la prevalencia de anemia”. El estudio es de tipo cuantitativo nivel descriptivo, correlacional, de corte transversal, el cual estuvo conformada por 26 madres de niños de 6 a 35 meses. Concluyendo que:

“La mayoría de las madres conocen sobre la anemia y las prácticas que realizan en su mayoría son inadecuadas”

“No existe relación entre los conocimientos con la prevalencia de anemia, pero si existe relación entre las prácticas con la prevalencia de anemia”⁽²¹⁾

2.1.2 Base teórica conceptual

2.1.2.1 Aspectos teóricos conceptuales sobre anemia ferropénica

- Definición

Trastorno que afecta a los glóbulos rojos, específicamente a la hemoglobina ocasionando la reducción por debajo de lo establecido, secundario a la carencia de hierro.⁽²²⁾

Para que una persona presente anemia ferropénica, previamente ocurre una serie de etapas dentro del organismo, en el cual se clasifican de la siguiente manera:⁽²²⁾

Ferropenia latente: Hay un desbalance entre el requerimiento sobre la ingesta de este mineral, lo que origina déficit progresivo de los depósitos de reserva de hierro en el organismo.⁽²³⁾

Ferropenia sin anemia: En esta fase, aumenta el déficit de hierro plasmático o circulante.⁽²³⁾

Anemia ferropénica: Existe alteraciones hematopoyéticas.⁽²³⁾

- Anemia en niños de 6 a 36 meses

Los más propensos a tener anemia ferropénica son la población infantil, mujeres en edad fértil y gestantes.

Perez R., y Rodriguez J. señalan que: “En infantes, la deficiencia de este mineral se da por el aumento de las necesidades debido al crecimiento acelerado, además, los depósitos de reservas de hierro se agotan durante los primeros meses de vida”⁽²⁴⁾.

Posterior a ello, insta la necesidad de consumir este mineral en la dieta para la síntesis de hemo proteínas y enzimas intracelulares, puesto que es un elemento crucial para el desarrollo de la mayoría de los órganos y tejidos.

A su vez, Perez R., y colaboradores refieren que: “Durante la lactancia materna, el neonato ingiere 0.78mg/l de hierro, resultando ser suficiente por su alta biodisponibilidad, a pesar que es una mínima cantidad es suficiente

y bien absorbido durante los primeros 6 meses para garantizar una adecuada alimentación”⁽²⁴⁾.

Svarch E., señala que: “Los depósitos de hierro se agotarán alrededor de los 4 a 6 meses de edad. Por ende, si no se logra el aporte necesario en la dieta, se origina la deficiencia de este mineral”⁽²⁵⁾. Es así que, a partir de los 4 o 6 meses a 3 años el requerimiento es de 1 mg/kg/día.

A partir de los 6 meses, surge un cambio en la alimentación del niño, ya que, las necesidades fisiológicas y físicas demandan suplir las necesidades para un óptimo desarrollo, no obstante, no todos los niños logran satisfacer estas necesidades, por ello, es en estos casos en el que aumenta la prevalencia de anemia ferropénica, debido a sus escasa ingesta de Fe y al acelerado crecimiento.⁽²²⁾

Cabe acentuar, que tras el paso del tiempo el desequilibrio entre la ingesta insuficiente de hierro y los elevados requerimientos, las reservas de Fe se van extenuando en el organismo, pudiendo generarse este problema nutricional.

- Clasificación de anemia infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra 2011. Cataloga a los niños de 6 meses a 5 años con anemia según los niveles de hemoglobina como también evalúa la gravedad mediante esta clasificación: leve 10.0-10.9 gr/dl, moderado: 7.0-9.9 gr/dl, severo: <7.0 gr/dl. Mientras que se considera sin anemia a los niños con resultado ≥ 11 gr/dl.

- Causas

El Ministerio de Salud (MINSA) sostiene que las causas más comunes que se da en la población infantil son: Reservas insuficientes de hierro en niños prematuros y/o bajo peso al nacer, prácticas deficientes sobre lactancia materna exclusiva, ingesta en menor proporción de alimentos que contienen hierro especialmente las de tipo hem, consumo de sustancias que reducen la absorción de Fe, baja adherencia a la suplementación, así como también, alta tasa de infecciones, pobre saneamientos básicos e inadecuadas prácticas de higiene.

- Signos y síntomas

Muchas personas que tienen anemia ferropénica pueden tener todos estos signos y síntomas o en su menor proporción solo algunos, al respecto Choices manifiesta que:

Los signos y síntomas son: Falta de apetito, piel y mucosas pálidas, fatiga, debilidad, disnea, latidos cardiacos irregulares, dolor de cabeza, vértigo, deseo de comer sustancias no nutritivas como tierra, hielo⁽²⁶⁾.

- Consecuencias

Tras el paso del tiempo, la anemia conlleva efectos negativos que repercuten en el bienestar y realización del ser humano. Esto se debe a un transporte inadecuado de oxígeno sobre los diversos órganos del cuerpo, especialmente al cerebro.

En ese sentido, el sistema nervioso central es el que sufre los mayores efectos los cuales estas alteraciones neuronales están relacionadas a su metabolismo, la funcionalidad de sus transmisores, el proceso de

mielinización, la etapa inicial de la sinapsis y la creación de células dendríticas. Muchas de estas alteraciones persisten inclusive si se corrige el déficit de Hierro.⁽⁹⁾

El impacto de la anemia depende principalmente de tres aspectos la cronicidad del déficit de hierro, la duración de este estado y el momento del desarrollo. Sin embargo, se conoce que la concentración de hierro cerebral se incrementa hasta llegar a la pubertad, momento en el cual alcanza los niveles de hierro sérico de un adulto.⁽²⁷⁾

Además, la anemia tiene implicancias en los diversos procesos que comprometen al sistema nervioso entre ellos está la formación de ATP y mielina, así como entre otros procesos mencionados anteriormente, los cuales son indispensables para que se desarrollen las neuronas y se diferencien ciertas regiones de nuestro cerebro.⁽²⁷⁾

Cabe resaltar que la ferropenia genera alteraciones en la formación y degradación de catecolaminas como dopamina y norepinefrina, estos componentes son esenciales para controlar no solo el movimiento y el metabolismo de la serotonina, sino que también regula el estado de sueño-vigilia, la memoria y el aprendizaje.⁽²⁷⁾

Entre otros efectos de la ferropenia, se denota los estados de “irritabilidad, déficit de atención, disminución de rendimiento”, etc. Además, si este estado sucede a muy temprana edad produce alteraciones en la maduración, en especial los factores cognitivos, motor y conductual.⁽²²⁾

Así mismo, la función inmunológica sufre ciertas consecuencias tales como la mayor susceptibilidad a infecciones ya que la capacidad para neutralizar patógenos es menor en los leucocitos, se disminuye la capacidad de

replicación linfocitaria, se observa una concentración reducida de células productoras de inmunidad celular, así como una menor respuesta cutánea a antígenos.⁽²⁸⁾

2.1.2.2 Situación actual de la anemia ferropénica en el Perú

Lograr un desarrollo temprano en los niños peruanos es una prioridad de nuestra política social del Gobierno, la cual fue aprobada por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) en el 2016. Dado que la infancia es aquella etapa más sensible del desarrollo humano, las carencias que se presenten tendrán efectos muchas veces incorregibles para dicho ser que la padezca.⁽⁵⁾

Por tal motivo, nuestros gobernantes articulan esfuerzos en diferentes niveles del estado para hallar soluciones, las que están orientadas al logro de 7 resultados en el desarrollo de los infantes, sobre todo con mayor énfasis en aquellos niños más pobres y vulnerables.⁽⁵⁾

En la actualidad, la prevalencia de anemia en niños peruanos menores de 3 años es de 40.1%, esta cifra señala que más de 43 mil niños (as) han logrado disminuir este problema, sin embargo, desde el año 2015 se ha concebido un notable estancamiento con un 43.5% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Así mismo, durante los primeros tres meses del año 2018 presentaron una tasa de 46.6%, de éstos el 51.9% residían en zona rural y el resto en la urbana. Además, la región con mayor prevalencia de niños con déficit de hierro fue la Sierra (54.2%), seguido de la selva (48.8%) y Costa (42.0%).

En cuanto a los datos obtenidos en el 2017, se observó que la región en la cual existió mayor prevalencia de anemia fue Loreto con un 61.5%. En realidad, el nivel de anemia a nivel nacional se ha ido disminuyendo paulatinamente entre el 2000 y el 2011, registrando entre 60.9% hasta 41.6% respectivamente. Sin embargo, a partir del año 2012 estas cifras han ido aumentando tras los años, lo cual ha generado múltiples desasosiegos a nivel nacional ya que este índice de prevalencia perjudica el desarrollo integral de los infantes peruanos.

Así mismo en la región Lima Este, correspondiente al distrito de El Agustino, según ENDES 2018, se ha encontrado que un 44% de niños menores de 3 años presenta esta afección, esta realidad epidemiológica es semejante a otros distritos de Lima Metropolitana, por ende, se debe persistir en la lucha contra este problema nutricional para lograr disminuir esta prevalencia.

2.1.2.3 Plan multisectorial de la lucha contra la anemia

La Política Nacional encabezado por el ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), señala que tanto el estado nutricional y el desarrollo temprano del niño son parte de sus primeros objetivos estratégicos con prioridad en aquellos en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

Asimismo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) reveló que el 46,6 % de infantes menores de 3 años tuvo anemia en el primer trimestre del 2018.

En el contexto del Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, se estableció entre sus prioridades en materia de desarrollo social y bienestar de la población los artículos 4.1 en la que señalan sobre la reducción de "la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses, con enfoque preventivo".

El marco de ejecución de las intervenciones especificadas en el Plan Multisectorial de Lucha Contra esta enfermedad, comprenden el nivel intersectorial, intergubernamental, gobierno nacional, regional y local, incluida a la sociedad civil y la comunidad organizada. Todos ellos integrándolos para trabajar comprometidamente en pro de la prevención y reducción de la anemia.

Este plan que se ha instaurado, se aplica en todo el territorio peruano, pero con énfasis en zonas críticas como las de mayor prevalencia y pobreza, con la finalidad de proteger a los menores de 3 años, personas embarazadas y adolescentes de nuestro país. Estas intervenciones en los mayores de 6 meses engloban el tamizaje de anemia, su tratamiento y suplementación con Multimicronutrientes, así como lactancia materna y la ingesta de alimentos que contienen Fe hem. Por otro lado, se encuentra la promoción de “prácticas saludables que comprenden los controles de crecimiento y desarrollo (CRED), las visitas domiciliarias, sesiones demostrativas”, entre otras.⁽²⁹⁾

La implementación de este plan multisectorial para enfrentar la anemia infantil favorecerá el logro de reducir esta enfermedad de 43 % hasta 19%. Evitando de esta manera graves consecuencias en los niños del país, contribuyendo en una mejor calidad de su vida y una consecuente disminución de su pobreza.⁽²⁹⁾

2.1.2.4 Acciones principales para la prevención de la anemia ferropénica

- Lactancia materna exclusiva

Es el mejor alimento que pueden y deben recibir los niños menores de 6 meses, el cual consiste consumo de leche producido por la madre, dicho alimento es el mejor para cubrir sus necesidades energéticas tanto a nivel de sus macro y micronutrientes.

Según la OMS, la leche producida por la madre es el mejor; sin embargo, este debe ser complementado por otros a partir de los 6 meses y abastecido como máximo hasta los dos años, ya que con el paso del tiempo la leche de la madre es insuficiente para suplir las exigencias nutricionales del niño.⁽³⁰⁾

Si la técnica de la lactancia materna es adecuada, puede cubrir suficientemente las necesidades nutricionales hasta los 6 meses de edad, si es que no se les administra otros productos sólidos o líquidos.

La leche materna aporta aproximadamente 0.78mg/ml de hierro. Aunque tenga pequeñas cantidades se considera que la absorción de esta es mayor frente a las demás presentaciones “absorción de 48% a partir de la leche humana, 10% en la leche de vaca y sólo el 4% en las fórmulas comerciales”.⁽³¹⁾

Considerando lo establecido por el reglamento de alimentación infantil, la lactancia materna exclusiva debe darse en el primer semestre y lactancia prolongada hasta los dos años. Esto se da ya que las necesidades de energéticas y nutricionales de los lactantes superan lo aportado por su

madre, haciendo necesario incluir la alimentación complementaria para sopesar la brecha tanto energética y nutricional. Si no se realiza este tipo de alimentación de manera correcta, se verá vulnerado su crecimiento y desarrollo.⁽³⁰⁾

- Alimentación complementaria

Dado que las necesidades nutricionales se incrementan con el tiempo, la introducción paulatina de alimentos se hace indispensable. Es así que, este tipo de alimentación comienza a los 6 meses y finaliza a los dos años de edad, cuando es reemplazada totalmente por alimentos y cesa la lactancia.⁽³²⁾

En otras palabras, es un proceso que inicia necesariamente porque la leche materna es insuficiente para alimentar al lactante. Por ende, se hace indispensable recurrir a otro tipo de alimentos y líquidos, distintos al que la madre produce.

Esta alimentación debe ser lo suficientemente buena, tanto a nivel de su consistencia y variabilidad. Además, debe ser administrado en suficientes cantidades y frecuencias, permitiendo de esta manera cubrir las necesidades del niño, sin dejar de lado a la leche proporcionada por su madre.

Otro punto a considerar al iniciar la introducción de los alimentos es que la textura de éstos, sean acorde a la edad del niño, respondan a su demanda y estén alineados con los principios de atención psicosocial.

Al respecto, la OMS aconseja sobre el inicio de la ingesta de alimentos en los lactantes, ciertos aspectos. En primer lugar, la ingesta debe iniciarse luego de cumplir 6 meses y que las frecuencias de comidas en los dos

primeros meses de consumo de alimentos, debe ser de forma progresiva sin superar las 3 veces al día. Luego del noveno mes podía darse hasta 4 veces al día y a partir del año de edad continuar con las mismas frecuencias, añadiéndoles ciertos aperitivos durante el día, según lo demande y necesite el niño.⁽³³⁾

El Ministerio de Salud (Minsa) recomienda introducir nuevos alimentos luego del primer semestre debido a que la leche materna es incapaz de soportar la demanda tanto de energía, fierro y otros nutrientes que necesita el infante.

Otro motivo es porque el lactante tiene como característica en su sistema digestivo la maduración apropiada para digerir cierta variedad de alimentos. Además de que el niño ya puede masticar o hacer ciertos movimientos haciendo uso de sus músculos maceteros.

Alimentación balanceada

Considerado así porque proporciona una cantidad y calidad apropiada de nutrientes al organismo para crecer adecuadamente, mantener su fuerza y mantener su protección. En realidad, un solo alimento no es capaz de proporcionar todos los nutrientes que necesita nuestro cuerpo.

Por ello, es indispensable realizar platillos balanceados con diferentes combinaciones de alimentos con la finalidad de adquirir la energía, vitaminas, proteínas y minerales necesarios para una adecuada nutrición en el infante.

Tipos de alimentos recomendados

De lo anteriormente mencionado, los alimentos deben contener los nutrientes esenciales que contribuyan a satisfacer los requerimientos de los niños. En cuanto a la alimentación complementaria, esta debe estar basada en alimentos que ingiere la familia a diario, la misma está sujeta a ciertos factores culturales y económicos. Estos alimentos básicos deben estar dentro del grupo de alimentos que se detallará a continuación.

En primer lugar, las carnes tanto de mamíferos, como de aves y pescados son la mejor fuente de “proteínas, aminoácidos y ácidos grasos, hierro y zinc”. Por ello, se sugiere la pronta introducción de estos alimentos sobre todo al inicio de ésta, no solo por su gran contenido de hierro, sino también por gran biodisponibilidad, lo cual facilita el proceso del desarrollo neuronal.⁽³⁴⁾

En segunda instancia, los cereales y tubérculos son importante por su aporte sobre todo en hidratos de carbono y menor cuantía de proteínas, minerales, vitaminas y ácidos grasos esenciales. Cabe señalar que el aporte energético se debe a la concentración de carbohidratos que contengan.⁽³⁴⁾

En tercer lugar, “las leguminosas como frijoles, lentejas, soja, maní” son una excelente fuente energética, así como de proteínas, hidrocarburos, fibra y de hierro no hem. También, están los derivados de la leche, los cuales no deben consumirse antes del año. Además, otorgan la energía, proteínas, hidratos de carbono, entre otros nutrientes.⁽³⁴⁾

Por otro lado, se encuentran las grasas y aceites las cuales proveen no sólo de energía, sino también de ácidos grasos esenciales. Su requerimiento,

por lo general, es alto en el segundo semestre de la vida. Una sugerencia es adicionar aceite vegetal a las preparaciones como papillas de cereales o verduras. Aunque no es recomendable reducir el consumo de grasas y aceites antes de los 3 años, la ingesta descontrolada podría desplazar otros nutrientes esenciales y favorecer el sobrepeso.

Por último, tanto las verduras como las frutas proveen los principales nutrientes. Para precisar, aquellas que son de color naranja tienen abundante caroteno, es decir, una mezcla entre vitamina A y C. En realidad, no existen restricciones para consumirlas, más si sugerencias respecto al consumo de verdura que pueden ser cocidas al vapor o hervidas.

Cantidad de alimentos:

De lo anteriormente mencionado, el requerimiento de calorías después de los 6 meses se incrementa, así como la capacidad del niño para ingerir más alimento. Luego del primer mes de la ingesta de alimentos, el lactante puede llegar a consumir 150 a 200 g en cada comida, que aproximadamente es “200 a 250 Kcal entre almuerzo y cena”.⁽³⁵⁾

En general, los alimentos, durante esta fase de la alimentación, contienen de 0.6 a 1 Kcal/gr; sin embargo, la densidad deseable oscila entre 0.8 a 1 Kcal/gr. No obstante, al mantener una consistencia espesa o al agregarle aceite se logra alcanzar los estándares deseables.⁽³⁶⁾

En medida que se incrementa el consumo de alimentos, disminuye el de lactancia materna hasta desplazarla. Si los alimentos que se le proporciona a los niños tienen menos densidad energética que la leche de la madre, el consumo del niño contendrá menos contenido energético, en relación a

cuando sólo consumía exclusivamente leche materna, pudiendo ocasionar desnutrición.

Consistencia

En realidad, este aspecto depende de la edad y el desarrollo neuromuscular del niño. Por ello, en un principio el lactante sólo debe recibir comidas con la consistencia de una papilla o lo suficientemente espesa que no logre escurrirse de la cuchara. Esto debido a que mientras más espeso sea el alimento, mayor será su densidad energética y de nutrientes.⁽³⁵⁾

También, la consistencia de cierto tipo de alimentos depende de la capacidad que tienen los niños para ingerirlos. Por ejemplo, los 8 meses la mayoría puede llevarse alimentos en trocitos y con su mano a la boca.

Luego, al cumplir un año ya pueden los mismos alimentos que se preparan en la olla familiar. Evitando administrarles alimentos que por sus características en cuanto a su forma, consistencia y tamaño pudiesen ocasionar asfixia. Por ejemplo, consumir semillas enteras.

Frecuencia

En concordancia al crecimiento del niño y su requerimiento de energía y nutrientes, también varía la frecuencia de sus comidas en el día. La cantidad recomendable de comida a ingerir en un día depende mucho del peso del alimento y de la capacidad gástrica.⁽³⁵⁾

Al inicio, se sugiere administrar una comida diariamente, de preferencia a la hora del almuerzo o en el horario que la familia considere conveniente. Recordando que la frecuencia del alimento se incrementa según el apetito del niño en el día, puede dársele algunas meriendas preferentemente

nutritivas, evitando la comida chatarra. Además, tanto la baja cantidad de raciones al día como el exceso pueden llegar a desfavorecer el crecimiento y desarrollo adecuado de nuestros niños.

Alimentación de acuerdo a edad:

Los alimentos que se utilicen en las preparaciones debe ser diversa, en especial en cuanto a sus colores, olores y texturas. Ya que, aquellos alimentos que estimulen los sentidos del olfato, tacto y gusto activan procesos fisiológicos que incentivan el apetito y mejoran el proceso digestivo y de absorción de los mismos.

Cabe resaltar, que aquellos infantes que experimentan y degustan distintos sabores en su alimentación diaria, aceptan con mayor facilidad la introducción de nuevos alimentos. Sobre todo, porque a mayor variedad de sabores, mayor será el contenido de nutrientes que ingiera el niño.

1. Niños (as) de 6 – 8 meses:

En este periodo, la consistencia de los alimentos proporcionados debe ser tipo “papillas, mazamoras o purés”. Los alimentos de origen animal recomendables, es el hígado, sangrecita de pollo, bazo entre otros. En cuanto a los cereales se recomienda arroz, fideos, sémola maicena; en tubérculos están la papa y el camote de preferencia.⁽³⁷⁾

Respecto a los vegetales recomendados, se debe dar una cucharada ya sea de “zapallo, zanahoria, espinaca, entre otros” vegetales de distintos colores como el “verde, anaranjado y amarillo”. Sobre las frutas, se sugiere dar durazno, pera, plátano de isla y papaya, sobre todo a media mañana en s mazamorra o picadito. Además, las grasas se sugieren añadir a las

comidas solo una cucharadita de mantequilla como también podría ser aceite si fuese vegetal mejor aún.⁽³⁷⁾

En relación a la frecuencia, debe ser tanto en el desayuno, almuerzo y cena. La cantidad de comida no debe ser más de 5 cucharada de papilla ni menor a 3, en promedio la mitad de un plato mediano. Cabe señalar que luego de la comida se puede dar de lactar.⁽³⁷⁾

2. Niños (as) de 9 a 11 meses:

A esta edad, la consistencia de las comidas debe ser picada inclusive si el alimento es sangrecita, papa o zapallo. Referente a esto, los alimentos de origen animal recomendados anteriormente incluyendo el bofe y el bazo.

En cuanto a los cereales y tubérculos son los mismos que anteriormente se recomendaron, así como los vegetales a los cuales se le adicionan la zanahoria y espinaca, sobre todo aquellos con colores verde oscuro y el resto de colores mencionados en el otro apartado.

Respecto a las frutas se recomiendan seguir consumiendo las mismas anteriormente mencionadas. Y, en cuanto a las grasas solo se agrega aquella cucharadita de este elemento en el almuerzo.

La frecuencia debería ser de 4 comidas al día. Asimismo, la cantidad de la comida no mayor a 7 cucharadas, que es lo mismo que tres cuartos de un plato mediano. Además, igual que en anteriores meses, se puede dar de lactar después de comer.⁽³⁷⁾

3. Niños mayores de 12 meses:

En este periodo, el niño ya tiene la capacidad para consumir alimentos de la consistencia que se prepara para toda la familia, en especialmente si son

segundos. De igual manera que en las otras etapas del desarrollo del niño, se continuara consumiendo los mismos alimentos de origen animal añadiéndole el pescado.

Referente a los cereales y tubérculos se debe seguir consumiendo los mismos que se recomendaron anteriormente, e ir variando paulatinamente. En cuanto a lo vegetales se continua su consumo variándolos, de igual manera las frutas y las recomendaciones sobre las grasas. En este punto, se añade a la comida menestras tales como los frijoles, pallares, alverja partida sin cáscara.

La frecuencia de los alimentos es cinco veces al día, lo usual la secuencia debe ser desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena. La cantidad no debe superar las 10 cucharadas, que es la capacidad de un plato mediano. Luego de ello, se puede seguir dando de lactar.⁽³⁷⁾

- El hierro en la dieta, inhibidores y facilitadores de la absorción del hierro

Al referirnos a un micronutriente se incluye a los minerales y las vitaminas que se obtienen al consumir alimentos, estas sustancias contribuyen a una adecuada función molecular y celular normal. El hierro es un nutriente tipo mineral de gran importancia que forma parte de hemo proteínas, entre otras enzimas.

Su principal función como parte de la hemoglobina es servir como transportador de oxígeno, almacenarlos, así como aceptar y liberar electrones, afín de ser de energía, como también ser participe en el metabolismo del O₂.

Por tal motivo, este mineral es sumamente importante en el proceso del sistema nervioso e inmunitario trabajando en la diferenciación celular. Sobre todo, el feto que necesita recibir hierro por medio de la placenta de forma continua, aun a expensas de anemia en la gestante.

Respecto a las reservas de hierro acumuladas intraútero adquiridas sobre todo en el último trimestre y primeras semanas de vida, sus requerimientos de hierro son cubiertos en un 80% durante los primeros 6 meses, el resto es sopesado por la lactancia.

En realidad, los recién nacidos tienen alrededor de 0.5 g de este mineral y del adulto hasta 10 veces más, lo cual precisa que debe ingerir a diario un promedio de 0.7 mg por día. Sin embargo, si la absorción es del 10%, la dieta diariamente debiese proporcionar 10 mg de este mineral.⁽²²⁾

Mientras que, para los infantes su requerimiento diario de este micronutriente asciende a 1 mg/día para sopesar los requerimientos de su crecimiento, dado que sólo logran absorber alrededor del 10% del fierro que consumen en los alimentos, a esta edad necesitan ingerir como máximo 10 mg por día de este mineral.⁽³⁸⁾

El contenido de hierro corporal (mg/kg) a diferentes edades, tal es el caso a los 6 meses debe ser de 37, a los 12 meses de 38, a los 2 años aproximadamente de 39.⁽²⁷⁾

Asimismo, el hierro en el cuerpo forma parte de diversas estructuras tales como los glóbulos rojos por contener la hemoglobina, proteína que está compuesta por aproximadamente el 65% de hierro de todo el organismo.

Por otro lado, un 10% del hierro se encuentra en los músculos, el 3% en las enzimas y neurotransmisores. Y, referente a los depósitos de ferritina, se encuentran ubicados en el hígado y médula ósea.

Se sabe que, el crecimiento infantil es sumamente acelerado, lo cual solo sucede en los primeros 5 años. Tal es el caso de que en el primer año su aumento de talla y peso es de aproximadamente el 50% y que al cumplir dos años puede llegar a hacer 700 nuevas conexiones neuronales por cada segundo.⁽³⁹⁾

Por ello, es importante que los padres conozcan que nutrientes esenciales necesita su niño, sobre todo aquellos que contienen hierro en mayor cuantía como los de origen animal.

La ingesta diaria de hierro hasta los 6 meses debe ser de 0.27 mg/dl, para menores de 1 año de 11 mg/dl, hasta los 3 años de 7 mg/dl y así progresivamente.⁽⁴⁰⁾

Las formas en que encontramos el hierro es la hemínica (Hem) y la no hemínica (No Hem). La primera se localiza en las de origen animal como las carnes, entre otros alimentos mencionados anteriormente. La otra forma de hierro está en los vegetales tales como “las leguminosas, verduras verdes, frutas secas, algunas harinas fortificadas” y sus derivados.

Al referirnos a la biodisponibilidad, nos referimos a cuanta facilidad tiene el organismo de obtener el hierro presente en los alimentos, claro está que esto dependerá mucho del tipo de hierro, su cantidad, las combinaciones en las preparaciones de nuestros alimentos, el estado nutricional, entre otros factores que limitarían o no la captación de dicho mineral. Por ejemplo,

tenemos un estado de eritropoyesis aumentada, un recurrente estado de hipoxia y lo más común la presencia de alguna infección.

En general, el hierro tipo hem representa el 10% de la dieta administrada al niño, pese a que este tipo de hierro es el que más eficazmente se absorbe en el organismo (25%), en comparación al otro.

No obstante, el hierro no hem contrariamente es el que mayormente se consume y a su vez, es él que se absorbe en el organismo como máximo en un 20%, y esto debido a la presencia de algunos facilitadores. Sin embargo, su absorción se limita hasta un 1%, al interactuar con ciertos alimentos.

Se sugiere consumir aproximadamente 11 mg de hierro al día, a todos los infantes que tienen menos de 3 años. Por ello, se recomienda consumir mínimo 3 veces a la semana. Recomendándose para una mejor absorción, limitar combinaciones con productos lácteos en la dieta, teniendo en cuenta que la leche materna no se encuentra incluida en este grupo.

Asimismo, se recomienda acompañar los productos de origen vegetal con cítricos y cereales fermentados para una mejor absorción del hierro no hem en la dieta.

A la lista de alimentos vegetales ricos en hierro, se puede agregar algunas hortalizas como la “acelga, el aspayuyo, el paico y el perejil”. Entre los cereales, se adicionaría también “cebada, avena, quinua, hojas de amaranto”. En el caso de las leguminosas a la “soya, el fréjol, el haba y el garbanzo”; y las frutas, “la pera, la mora y el tamarindo”.

Cabe precisar, la biodisponibilidad de hierro en algunos alimentos tales como la morcilla con un 14mg, el hígado de cerdo con 15mg, el hígado de

vaca con 6mg, el riñón de cerdo y cordero con 10 mg, las legumbres con 6 a 8 mg entre otros productos con muy buena biodisponibilidad de este mineral.⁽⁴¹⁾

Factores que aumentan la biodisponibilidad del hierro:

El ácido ascórbico

Este nutriente presente en los jugos de las frutas y en los vegetales, contribuye a una mayor biodisponibilidad del hierro, demostrándose que al añadir “25 mg de vitamina C en dos de las comidas del día”, esto equivale a medio limón o media naranja o una mandarina chica. Lo cual, duplica la absorción del hierro” vegetal. Por ello, se recomienda su consumo junto a las principales comidas.⁽⁴¹⁾

El factor cárnico

Se sabe que el consumir carne es lo mismo que consumir hierro de alta biodisponibilidad; lo que muchos desconocen es que a su vez incrementa la disponibilidad del hierro no hem. Esto sucede en especial con la proteína proveniente de tejido muscular, por lo que no se observa este incremento al consumir conjuntamente con leche o huevo. No obstante, la principal dificultad es el costo estos alimentos, que no siempre están al alcance económico de las familias.⁽⁴¹⁾

Principales factores dietéticos que disminuyen la absorción del hierro.

Fitatos

Este componente se localiza abundantemente en “frutos secos, cereales integrales, harinas integrales, salvado y leguminosos”, el cual es un potente

inhibidor del hierro no hem. La forma como limita su absorción es porque se une con facilidad a varios metales en el duodeno, entre ellos al 51 y 82% del hierro que ingerimos por ello no ingresa a nuestro sistema.⁽⁴¹⁾

No obstante, este efecto puede revertirse al añadir alimentos con ácido cítrico. Por otro lado, durante el proceso de panificación los fitatos se ven inhibidos por los productos de fermentación, degradando su estructura química, haciéndolos incapaces de unirse con fuerza al hierro en el duodeno

Taninos

Son polifenoles con una fuerte capacidad para limitar la biodisponibilidad del hierro vegetal, ya que a nivel del duodeno forman complejos insolubles imposibilitando su absorción. A este grupo, pertenecen el “té, café y cacao”; así como también, forma parte de los vegetales como la espinaca y el orégano”. Sin embargo, la adición de 50 mg de algún cítrico mengua sus efectos en 25% y un 100 mg de cítricos anularía cualquier inhibición.

Calcio

Este micronutriente afecta a la absorción de ambos tipos de hierro. Se sabe además que la potencia inhibitoria del calcio (Ca) frente al hierro depende de la concentración del Ca, pues cantidades inferiores a 40 mg no ejercen algún efecto en la biodisponibilidad del hierro; su máxima potencia inhibitoria se muestra a partir de los 300 mg de Ca, generando que cerca de la mitad de Fe no se absorba.

- Suplementación con micronutrientes

Los multimicromnutrientes debe consumirse diariamente y en pequeñas cantidades, las que a su vez son sustanciales para el buen funcionamiento de nuestro sistema corporal.

Estos minerales y vitaminas se presentan en un sobrecito de 1 gr, el cual son útiles para prevenir trastornos relacionados al escaso consumo de nutrientes presenten en este compuesto tales como hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A y C.

Puesto que, luego de ser ingeridas mejoran el apetito y consecutivamente el crecimiento y desarrollo del lactante e infante. Además, su consumo debe iniciar a los 6 meses por un periodo de doce meses diariamente; sin embargo, no pudiese iniciar al sexto mes de vida puede iniciarlo hasta antes de cumplir los 3 años.⁽⁴²⁾

En efecto, la importancia de estos nutrientes radica en su capacidad para prevenir la anemia, fortalecer dieta diaria para crecer fuerte y sano, mejorar el sistema inmune y los favorables efectos en el desarrollo infantil.

Su preparación se da en cinco pasos. El primero inicia con el lavado de manos con suficiente agua y jabón. El segundo separando dos cucharadas de la comida servida, aquí se remarca el hecho que solo se mezcla en comidas espesas y no en jugos ni sopas. Tercero, se apertura un sachet de micronutrientes vertiendo todo en esas dos cucharadas que se separó. Luego, se combina bien y se obtiene dos cucharadas de comida fortificada. Por último, se sugiere dar primero todo el contenido del preparado con micronutrientes, empero se puede intercalas entre la comida que los contiene y la que no, hasta acabar todo lo fortificado.⁽⁴³⁾

2.1.2.5 Generalidades sobre conocimientos

- Definición

El conocimiento es un aprendizaje continuo de cada hecho o principio adquirido a lo largo de la vida, en otras palabras, resulta de nuestra experiencia y experticia propia.

Según Mario Bunge, lo define como la suma de nuestra ideas, concepciones y enunciados, los mismo que se pueden caracterizar por su claridad, precisión, orden e inexactitud.

Por ello, se le puede clasificar en conocimiento científico o vulgar. Donde, el primero comprende todo lo analítico, racional, sistemático, objetivo y verificable por la experiencia. En contraste, el otro conocimiento es más inexacto y se limita a los azares de la mera observación.⁽⁴⁴⁾

El filósofo Salazar lo conceptualiza como un acto y un contenido. Ya que, en el caso del primer acápite hace referencia al hecho de aprehender algo, donde la aprehensión es un proceso netamente mental, mas no físico. En cuanto a la segunda acepción, referente al contenido es porque se sobre entiende que se conoce por medio de actos el producto que se realiza mentalmente. Aseverando que el conocimiento, puede ser adquirido, acumulable, transmisible y derivable.⁽⁴⁵⁾

- Niveles de Conocimiento

El primer nivel comprende al conocimiento vulgar, donde se adquiere la experiencia de manera espontánea, como los sentimientos, intereses o problemas del diario vivir. El sujeto se guía por instintos o razonamientos

no muy estructurados, aprendidos al azar. Sin embargo, si ese conocimiento se organiza metódicamente pasaría a ser científico.

El segundo nivel abarca el conocimiento científico, caracterizado por su selectividad, metodologías y sistematización, basándose en la experiencia trata de dar solución racional y objetiva a los fenómenos de la realidad, sin dejar de lado a la teórica sino más bien validándola.

El tercer nivel es el conocimiento filosófico, en el cual se busca esclarecer las ciencias, describiendo sus verdaderos fundamentos, poniéndolos inclusive a prueba; así como, enseña sobre el saber. Tiende a ser netamente problemático y crítico, sin condiciones y de alcance para todos, es más sus investigaciones siempre indagan más que una experiencia, logrando darle un nivel de raciocinio para que el hombre logre mejores explicaciones de la vida y del mundo en el que habita.

- Conocimientos de las madres sobre la alimentación

Estudios realizados por Wales y Sanger refieren que los conocimientos que poseen las madres es un proceso activo caracterizado por la suma de hechos y principios que se obtienen según las experiencias y aprendizajes que logran obtener a lo largo de la vida.

Al respecto la OMS, indica que el conocimiento de la madre sobre la alimentación infantil es la experiencia lograda y acumulada a través de la obtención de datos e información que se consigue en el transcurso de vida los cuales les podrá orientar a mantener la salud de sus hijos.

Los factores que influyen en los conocimientos de las madres sobre la alimentación depende de varios aspectos tales como el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado del niño o números de hijos,

información que se adquieren a través de programas educativos, consejerías por profesionales de la salud, culturas o creencias, etc.

Importancia del aprendizaje desde el enfoque constructivista:

La aplicación del enfoque constructivista considera que cuando un mensaje está alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación y así, el proceso de enseñanza/aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional.

Por otro lado, si los mensajes se presentan sin cuestionar sus prácticas habituales, no se alcanzaría el nivel de motivación mínima que justifique el darles importancia; y así el aprendizaje también se vería igualmente bloqueado. Por estas razones, los mensajes deben acercarse a los esquemas previos de los participantes, pero entregando saberes cuestionadores. Mostrando nuevos contenidos que les obliguen a desarrollar su conocimiento.

2.1.2.6 Generalidades sobre prácticas

- Definición

En cuanto, a la práctica se asocia su sinónimo la experiencia. Sin embargo, cuando el hombre pretende poner en práctica lo que conoce, se requiere en primer lugar un acercamiento directo, haciendo uso nuestros sentidos y conducta psicomotriz, en otras palabras, experimentar sino, no se podría realizar la práctica de un saber sin antes experimentarla. Esto debido a que su evaluación es objetiva determinadas por la observación de la conducta

de la persona. De forma independiente, puede ser evaluada por la propia persona, refiriéndonos a los logros de metas.

Según Freddy, la práctica es el empleo de nuestras destrezas y habilidades que se adquieren mediante la pericia, la que cobra valor por la observación o el lenguaje.

La experiencia suele presentar ciertos problemas respecto a su naturaleza cuando se ve desde la mirada filosófica. Sin embargo, no se pone en duda la posibilidad de adquirir saber.

Mario Bunge quien mencionamos anteriormente para clarificar el conocimiento, señala que la experiencia es importante para verificar el conocimiento y enseña a todos como se gesta al lograr su comprensión y los hechos de su entorno.

- Prácticas maternas sobre la alimentación

En el caso de las prácticas de alimentación el niño, la madre es un factor decisivo en ellas, ya que la dieta del niño es una gran responsabilidad de los padres, en especial cuando aún son pequeños. Por ello, las decisiones que la madre tome respecto a la alimentación infantil deben basarse en las sugerencias del personal de salud con el fin de seguir prácticas pertinentes.

La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias.

Algo que se debe considerar al alimentar a un niño, es que no solo se le alimenta, sino que también se le está estableciendo un comportamiento alimentario. Esto debido a que el infante cuando come, experimenta, se

comunica, juega, aprende, obtiene seguridad y placer. Por tal motivo, la madre debiera elegir la dieta que más beneficie a su niño, siendo necesario conocer nutrientes de los alimentos que se les dé de comer.

2.1.2.7 Rol de enfermería en la prevención de anemia ferropénica

En el primer nivel de atención, el profesional de enfermería asume un rol imprescindible en actividades concernientes a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, proporcionando un cuidado holístico al infante, por ello son ellos quienes tienen la responsabilidad del servicio de CRED y la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.

Por consiguiente, una de las actividades principales dentro de este servicio es la de realizar un monitoreo en cuanto al crecimiento y desarrollo de los niños con la finalidad de optimar su desarrollo integral a través de la detección precoz de factores de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna, así como fomentar prácticas adecuadas de cuidado.

En la comunidad, el personal de enfermería preside su actividad preventiva promocional a la familia, tal es así que dentro de cada grupo familiar son las madres, en su mayoría, quienes velan por el cuidado del niño, básicamente en el tipo de alimentación que llevan consigo.

Por tal motivo, el enfermero (a) es quien está en contacto directo con las madres y/o cuidadoras, la mayor parte del tiempo; teniendo así el compromiso de identificar oportunamente los factores de riesgo, así como

también, instaurar métodos para coadyuvar que todos los niños(as) logren culminar el tratamiento indicado; para lo cual es relevante que el personal de enfermería identifique en primera instancia, sobre los cuidados que emplean las madres para mantener la salud de sus niños en óptimas condiciones, así como también las prácticas alimentarias.

Modelos de enfermería:

A. Nola Pender: Modelo de Promoción de la Salud

Este modelo permite comprender el comportamiento humano que realiza respecto al cuidado de su salud. Así mismo, manifiesta los factores que intervienen en la conducción de la toma de decisiones, motivaciones y actitudes que conlleven a una conducta saludable.

Bajo esta premisa existen dos sustentos teóricos por el que se sustenta este MPS: El primero relacionado a Albert Bandura que corresponde a la teoría del aprendizaje social el cual señala que los procesos cognitivos resultan ser importantes en la modificación de conducta. Ante ello refiere que existen cuatro factores que influyen al cambio de comportamiento: Atención, retención, reproducción y motivación.⁽⁴⁶⁾

El segundo sustento corresponde al modelo de valoración de expectativas de la motivación humana a cargo del Feather, el cual considera que la intencionalidad resulta ser el factor motivacional imprescindible para realizar algún acto o para cumplir alguna meta.

Los componentes que expone Pender N. para la adopción de comportamientos en temas de salud se integran en dos aspectos: Conducta previa, es decir, experiencias anteriores (Percepción de beneficios de la acción, barreras para la acción, autoeficacia y afectos relacionados de la

actividad) y factores personales como biológicos, psicológicos y socioculturales (Influencias personales y situacionales) el cual conllevan al compromiso para un plan de acción, que estas a su vez dependen de factores ya sea altos (preferencias personales) o bajos (contingentes del entorno) conllevando así a la conducta promotora de salud.⁽⁴⁶⁾

B. Kathryn Barnard: Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil

Esta teoría permite evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños y de las relaciones materno infantiles de acuerdo a características individuales de cada familia. Así mismo establece diferentes escalas que permite medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y entorno.⁽⁴⁷⁾

Barnard expone cinco señales por el cual se establece dicha interacción entre el padre/madre o cuidador y el niño: claridad del lactante en la emisión de señales (sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal), reactividad o respuesta del lactante a los padres (aprender a leer los signos que sus padres le transmiten para adaptar su conducta), sensibilidad de los padres a las señales del lactante (leer adecuadamente los signos que transmiten sus hijos), capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante (identificar bien las señales, pensar en la mejor decisión y accionar de la mejor manera para mitigarlo), y actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo realizadas por los padres (capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación).⁽⁴⁷⁾

Este modelo se centra principalmente en que la enfermera brinde apoyo y oriente al cuidador para que puedan hacer frente a las reacciones comportamentales de su niño, más no cambiar el estilo de cuidado maternal

que emplee cada familia. Por ende, se enfoca en el estudio de la sensibilidad y la respuesta que emite la madre o cuidadora frente a los signos de su niño.

Elementos principales:

Niño: Su estado físico, temperamento, patrón de nutrición, de sueño y autorregulación. El cual lo manifiesta si presenta alguna alteración en su salud especialmente sobre los signos y síntomas de la anemia.

Cuidador: El que posee características psicosociales, salud física y mental, experiencias y las preocupaciones o sensibilidad acerca del cuidado del niño sobre su alimentación.

Entorno: Se ven afectados tanto al niño como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros que repercuten en las necesidades básicas tales como el proceso de alimentación.

2.1.3 Definición operacional de términos

Conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica: Información que refieren tener las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en sus niños(as).

Práctica sobre prevención de anemia ferropénica: Son todas las actividades que describen las madres de familia para prevenir la anemia ferropénica en sus niños (as).

Anemia ferropénica: Es el descenso de la hemoglobina menor a 11 gr/dl en niños de 6 a 36 meses de edad.

Madres de familia: Persona responsable del cuidado de su niño de 6 a 36 meses de edad.

2.1.4 Formulación de la hipótesis

- H1: Existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica.
- H0: No existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica.

2.1.5 Identificación de la variable

- Conocimientos sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad.
- Prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad.

2.2 Diseño metodológico

2.2.1 Tipo, nivel y método de investigación

El trabajo de investigación, es de tipo cuantitativo, puesto que las variables son susceptibles de cuantificación. El nivel es aplicativo porque busca solucionar problemas, según el alcance del análisis y los resultados es correlacional porque trata de explicar la relación existente entre las variables, de corte transversal puesto que se realizó en un espacio y tiempo definido.

2.2.2 Sede de estudio

Se ejecutó en el Centro de Salud Primavera de dependencia orgánica de la DIRIS Lima Este. Pertenecce al primer nivel de atención I-3 y dispone de servicios de medicina, tópico, CRED, ESNI, PCT nutrición, odontología, psicología, ginecología, servicio social y laboratorio.

En el servicio de CRED, brindan atención en la mañana de lunes a sábado, actualmente existen dos servicios, uno para niños menores y mayores respectivamente, aproximadamente en cada servicio atienden diario a 7 usuarios y en cada turno labora una enfermera. Así mismo, disponen de otro ambiente de inmunizaciones con el respectivo personal de enfermería.

2.2.3 Población y muestra

La población se conforma por aquellas madres de familia que asisten al servicio de CRED en un mes correspondiente al C.S Primavera, el cual son 96 madres.

Para una población $N = 96$, se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Con un nivel de confianza de 95% (1.96) y un error de 5% (0.05). Aplicando dicha fórmula se obtuvo una muestra de $n = 48$ madres. (Anexo I)

2.2.4 Criterios de inclusión:

- Madres que tengan niños en la edad comprendida de 6 a 36 meses que asistan al consultorio de CRED del Centro de Salud Primavera.
- Que las madres de familia acepten voluntariamente en participar a través del consentimiento informado.

2.2.5 Criterios de exclusión:

- Madres extranjeras.
- Niños y niñas que tengan anemia ferropénica.

2.2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fueron dos cuestionarios que midió conocimientos, el segundo prácticas, el cual contiene preguntas dicotómicas de opción múltiple.

Estos instrumentos constan de 3 partes: El primero constituye la introducción donde se detalla los objetivos, confidencialidad y el agradecimiento. El segundo, pertenece a los datos generales del participante. El tercero, hace referencia a las preguntas que son un total de 22, el cual 17 de ellas mide la variable Conocimiento y los 5 restantes a la variable Prácticas.

2.2.7 Validez y confiabilidad

Los instrumentos se sometieron a validez de contenido a través de juicio de expertos, integrado por siete especialistas, dividiéndose en 4 metodólogos expertos en investigación, y 3 expertos relacionado al tema de estudio entre ellos enfermeros (asistenciales y docentes) y nutricionista, en el cual los resultados fueron procesados ante una tabla de concordancia y una prueba binomial obteniendo como resultado para la variable conocimientos (0.02) y (0.03) para ña variable prácticas, valor aceptable si es menor a 0.05. (Anexo G)

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento, el cual establece el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.⁽⁴⁸⁾ Se aplicó una prueba piloto a 15 madres que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, posterior a ello, los resultados fueron sometidos a la prueba estadística Kuder Richarshon²⁰ puesto que las respuestas son dicotómicos⁽⁴⁹⁾, obteniendo como resultado para el instrumento conocimientos (0.82) y prácticas (0.92) estimando así que los instrumentos son confiables. (Anexo H)

2.2.8 Plan de recolección, procesamiento y análisis de los datos

En primera instancia, se realizó el proceso administrativo dirigido al médico jefe del establecimiento de salud para obtener la autorización de realizar el estudio planteado.

De la misma manera se procedió a coordinar con la jefa de enfermería para la coordinación y aplicación del instrumento; el tiempo a emplear por cada mamá se ha considerado aproximadamente de 10 minutos.

Una vez aplicado el instrumento, se procede al procesamiento de datos siguiendo las pautas realizadas en el libro de códigos, estos resultados se representan ante gráficos, tablas o cuadros para su respectivo análisis e interpretación.

Para la categorización de las variables se realizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, para lo cual en la variable conocimientos con un puntaje máximo de 16 puntos se obtuvo que puntaje ≥ 12 se define que la

mamá conoce, un puntaje menor de 11 cuando no conoce con respecto a los cuidados preventivos sobre la anemia.

En cuanto a las prácticas con 5 puntos como máximo se codificaron como puntaje mayor o igual a 2 para definir que la mamá tiene prácticas adecuadas, un puntaje menor de 1 para prácticas inadecuadas.

Posterior a ello, se pasará a realizar el análisis de datos a través de la prueba de normalidad, referente a esta prueba, Romero (2016) señala que es aquella que permite verificar la distribución que siguen los datos, a fin de elegir la prueba de hipótesis paramétrica o no paramétrica para el respectivo contraste estadístico. En otras palabras, los análisis no paramétricos aceptan distribuciones no normales “libres” es decir no requiere presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional.

Al respecto, Flores P., Muñoz L. y Sánchez T. (2019) señalan que pruebas de normalidad con mayor potencia es la Prueba de Shapiro-Wilks muy eficaz para determinar normalidad en caso de tamaños muestrales mayores de 30 elementos. Donde, se interpreta que si el $p \geq 0.05$, la distribución de los datos es normal; sin embargo, si $p < 0.05$ la distribución es no normal. El cual se obtuvo como resultado para la variable conocimiento $p=0.08$ y para la variable prácticas $p=0.01$ observándose una distribución no normal en esta última variable.

Posterior a ello se procede a evaluar el nivel de medición de las variables, lo cual en la presente investigación pertenece a variables cualitativas ordinales.

Por consiguiente, el estudio pertenece a una prueba estadística no paramétrica y además las variables son de tipo cualitativas, al respecto Hernández S., refiere que la método estadístico que cumple estos criterios corresponde a la prueba de Chi cuadrado, considerado como una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, el cual se representa por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable, los cuales fueron analizados en el software estadístico SPSS 25. ⁽⁴⁸⁾

Posterior a ello. los resultados fueron presentados en gráfico y/o tablas estadísticas, para el análisis y la interpretación se consideró el marco teórico.

2.2.9 Consideraciones éticas

Para la ejecución del trabajo, se tomó en primer lugar, la autorización a través del Jefe del establecimiento de Salud, así mismo, se contó con la participación y coordinación con el personal de enfermería encargado del servicio de CRED.

Se consideró emplear como principio fundamental la autonomía, relacionadas a la toma de decisiones sobre la participación, puesto que, para la recolección de datos a través de la encuesta, se estableció como requisito la autorización de la madre a través del consentimiento informado, firmando, así como acto de aceptación para el estudio, respetando en todo momento la confidencialidad de la información brindada mediante el anonimato.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados

A continuación, se presentará los resultados obtenidos a través de gráficos con su respectivo análisis e interpretación.

3.1.1 Datos generales

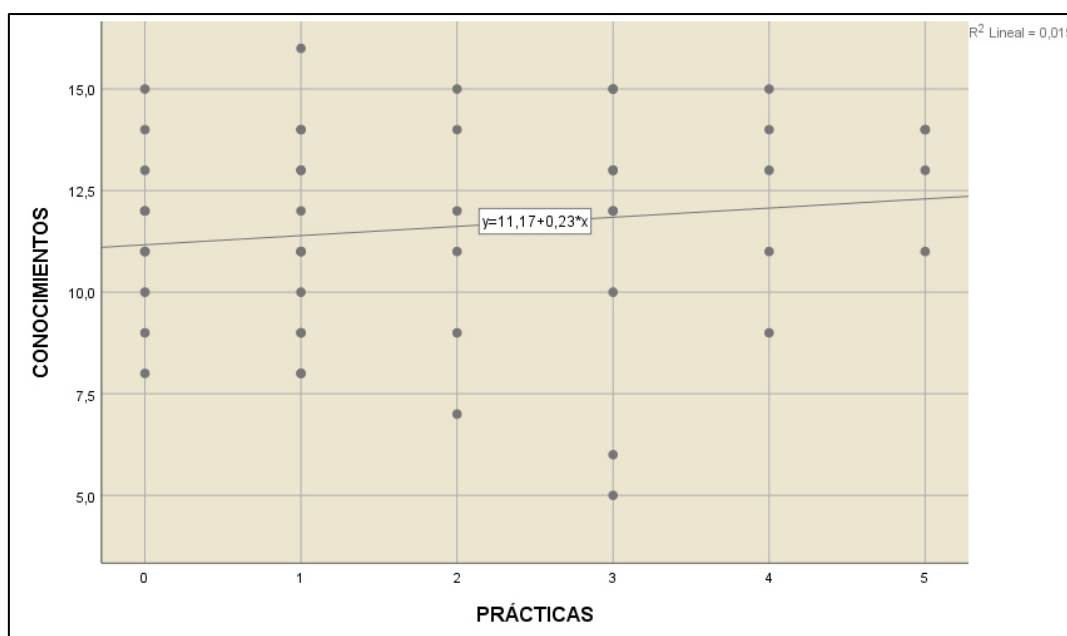
Del 100% (48) de madres de familia, el 75% (36) se encuentran entre las edades de 18 a 35 años y 25% (12) entre 36 a 59 años. Además, 52.1% (25) tienen procedencia de la Costa, 91.7% (44) tienen como ocupación ama de casa, 75.0% (36) tienen como estado civil conviviente, 52.1% (25) tienen un nivel de educación secundaria, mientras que un 37.5% (18) superior / técnico y 54.2% (26) tienen 1 solo hijo.

Respecto a la edad de sus niños de las madres anteriormente mencionados, 45.8% (22) se encuentran entre las edades de 6 a 11 meses y 39.6% (19) entre 1 a 2 años de edad.

3.1.2 Datos específicos

Para establecer la relación entre las variables se determinó previamente si el estudio pertenece a una prueba paramétrica el cual se obtuvo para la variable conocimientos $p=0,08$ y para la variable practicas $p=0,01$, observándose una distribución no normal en esta última variable. Así mismo, estas variables son categóricas. Por tanto, se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para correlacionar las variables en estudio. (Ver anexo M)

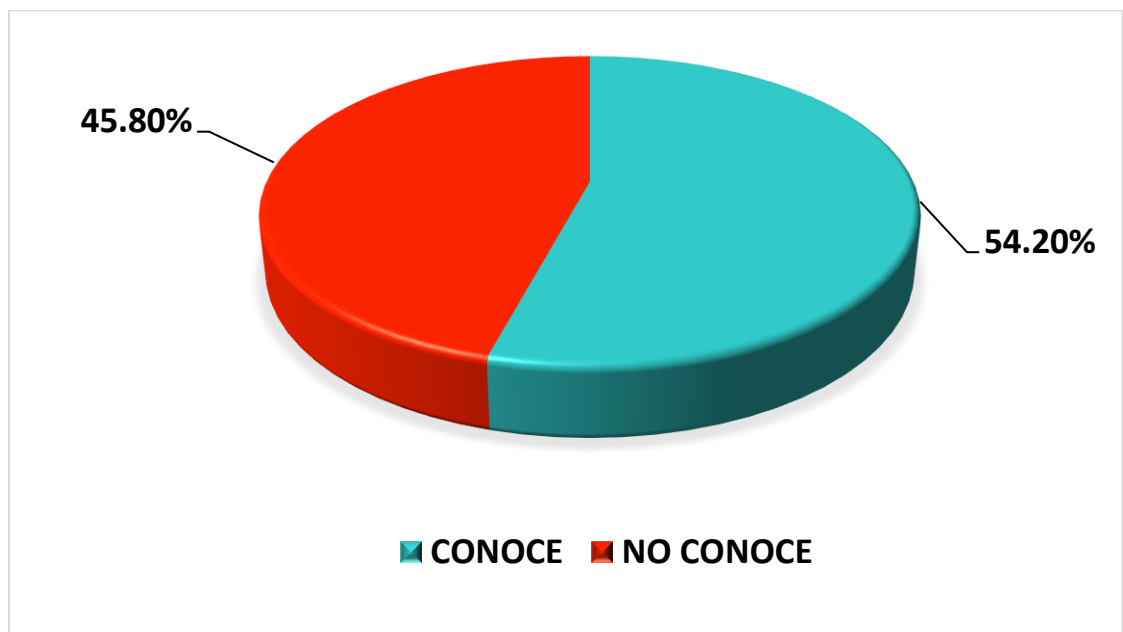
GRAFICO 1
RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA
PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE
NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN UN CENTRO DE
SALUD DE LIMA. 2019



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 1 se observa el diagrama de dispersión para evaluar si existe o no una posible relación entre conocimientos y prácticas, el cual se aplicó la prueba de Chi cuadrado en donde se obtuvo $p:0.091$ (Anexo M). Al tener un p mayor a 0.05 significa que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

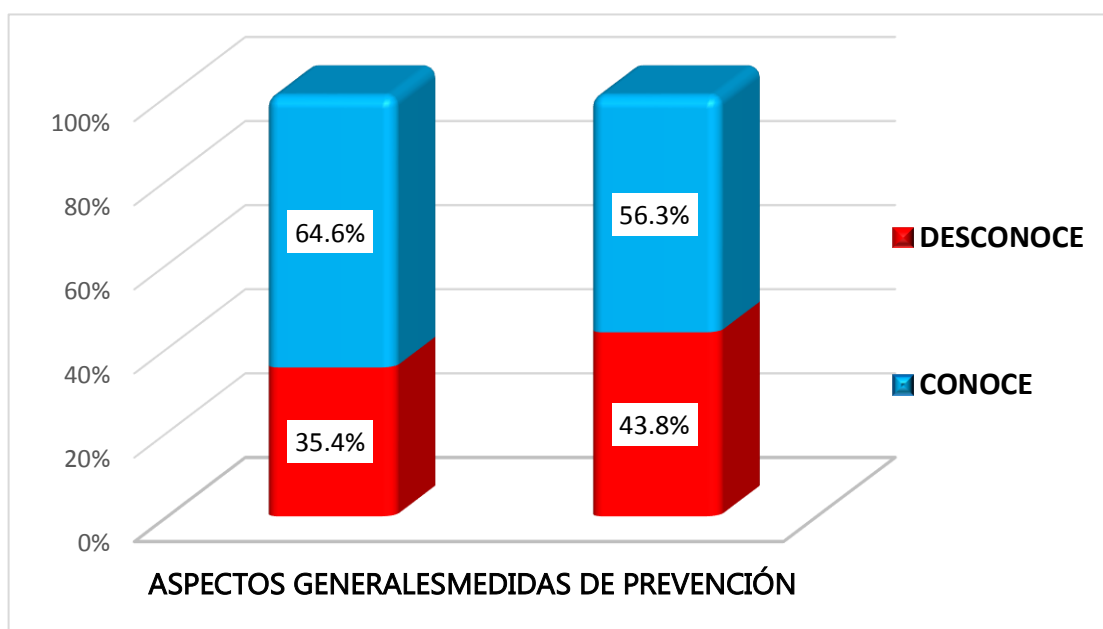
GRAFICO 2
CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA
FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36
MESES EN UN CENTRO DE SALUD
DE LIMA. 2019



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2 se puede observar del 100% (48) de madres encuestadas, 54.2% (26) conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica, mientras que un 45.8% (22) desconocen sobre lo mencionado.

GRAFICO 3
CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS GENERALES Y MEDIDAS DE
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES
DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN UN CENTRO DE
SALUD DE LIMA. 2019

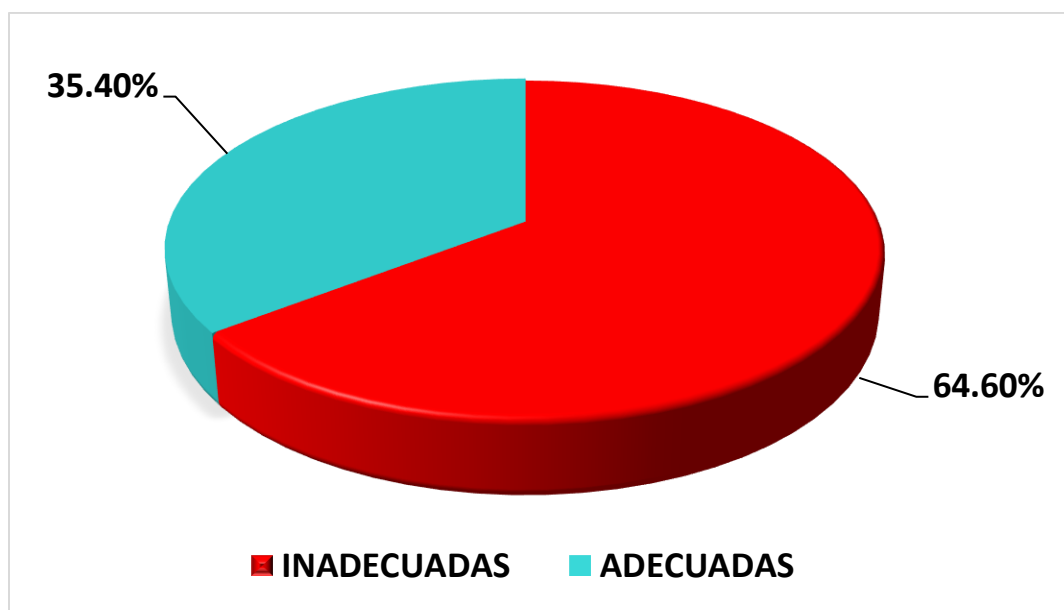


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 3 se observa que, en relación a los conocimientos evaluados en dos dimensiones, tenemos que 64.6% (31) de las madres encuestadas conocen sobre los aspectos generales de la anemia ferropénica. Mientras que un 35.4% (17) desconocen sobre lo mencionado.

Por otro lado, en relación a los conocimientos sobre medidas de prevención el 56.3% (27) conoce y un 43.8% (21) no conocen sobre estos aspectos mencionados.

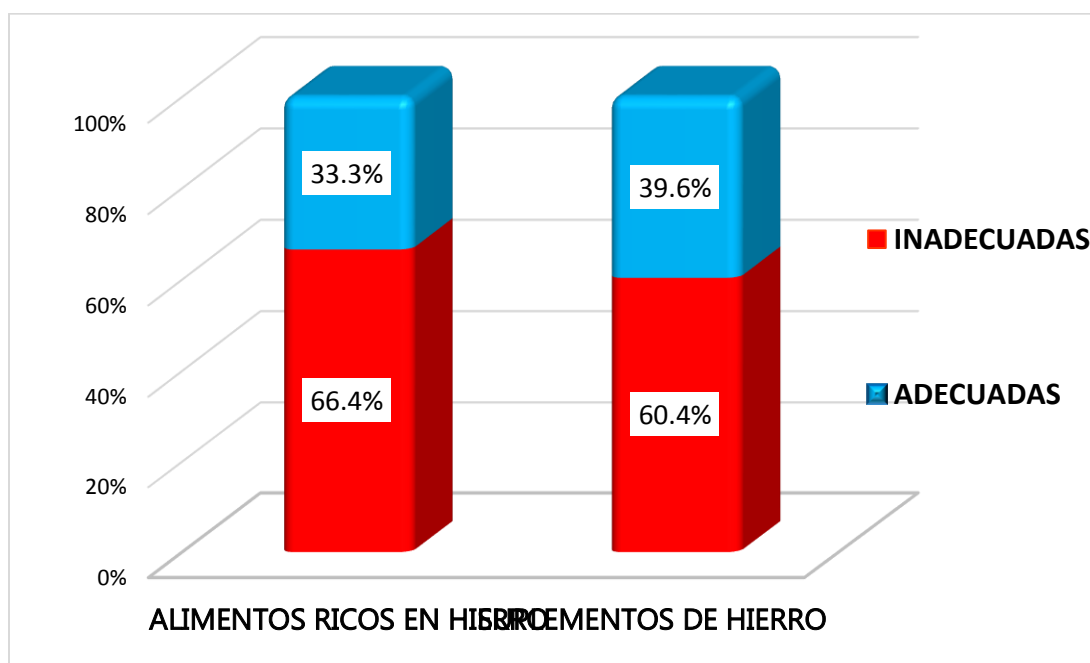
GRAFICO 4
PRÁCTICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA
EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE UN CENTRO
DE SALUD DE LIMA. 2019



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4 se puede observar del 100% (48) de madres encuestadas, 64,6% (31) tienen prácticas inadecuadas sobre la prevención de la anemia ferropénica, mientras que 35,4% (17) tienen prácticas adecuadas sobre lo antes mencionado.

GRAFICO 5
PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO Y
SUPLEMENTOS HEMINICOS PARA LA PREVENCIÓN
DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE
NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE UN
CENTRO DE SALUD DE
LIMA. 2019



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 5 se observa que, en relación a las prácticas evaluados en dos dimensiones, tenemos que 66.4% (32) tienen prácticas inadecuadas con respecto a la inclusión de alimentos ricos en hierro en la dieta de sus niños, mientras que 33.3% (16) tienen prácticas adecuadas sobre lo mencionado. Por otro lado, en relación a la administración de suplementos de hierro, 60.4% (29) tienen prácticas inadecuadas y 39.6% (19) tienen prácticas adecuadas.

3.2 Discusión

La anemia infantil considerado como un problema grave de salud pública tiene consecuencias irreversibles en el futuro del niño en cualquier parte del planeta, evidenciando a mediano y largo plazo bajo rendimiento académico con escasos logros educativos en el colegio y en la universidad, con la consecuente baja productividad afectando el desarrollo del capital humano dentro de una sociedad.⁽⁵⁰⁾

Si bien es cierto que existen factores que intervienen de manera directa o indirecta para contrarrestar la presencia de este problema nutricional son las madres y/o responsables del cuidado del niño quienes constituyen el actor principal para establecer medidas que favorezcan la adecuada alimentación de sus hijos, sin embargo, esto influye en base a sus creencias, costumbres, etc. Que debe ser supervisado por el profesional de enfermería competente, quien es responsable de evaluar dichas conductas en el programa de Crecimiento y Desarrollo con el propósito de detectar importantes aspectos que repercuten en la alimentación de sus niños, que siendo atendidos a tiempo son dispuestos a superarlo.

En este contexto nos planteamos la presente investigación a fin de conocer la relación que existe entre los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia infantil y las prácticas que realizan para prevenir el mismo.

Al respecto, se identificó que no existe relación significativa entre las variables en estudio, cuyo valor según la prueba de Chi cuadrado es 0.091 mayor a 0.05, lo cual coincide con los resultados de la investigación realizada por Salazar K., en la ciudad de Callao - 2019, titulado

“Conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años” señalando que no existe relación entre los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre la anemia infantil⁽¹⁷⁾; encontrándose así cierta similitud en ambos resultados, lo cual podría evidenciar que el conocimiento como tal no determina el cambio de acciones encaminadas a solucionar algún problema o situación sino que intervienen otros factores adicionales para lograr un cuidado más integral en la salud del niño.

Estudios similares realizado por Ajete S., en el año 2017, titulado “Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba” identificó que algunas madres no tenían conocimientos adecuados sobre los alimentos recomendados para la edad infantil, sin embargo, la mayoría tuvo prácticas buenas durante la alimentación de sus hijos, así mismo, presentaban actitudes favorables. ⁽⁵¹⁾. Así mismo, Ramesh S., en el año 2017 en su estudio titulado “Conocimiento y práctica de la prevención y manejo de la anemia infantil entre madres de niños preescolares en la India” determinó que las madres tenían un conocimiento bajo, pero la mayoría tenían excelente práctica sobre la prevención de la anemia infantil”⁽¹⁴⁾

De acuerdo a estos resultados similares se puede catalogar que para lograr la adopción de prácticas alimentarias adecuadas se requiere un conjunto de estrategias que permitan sensibilizar el impacto de este problema de salud e instaurar actividades que contemplen el compromiso de las madres de familia para lograr la prevención de esta enfermedad en sus niños, ya que si los padres no optan por mejorar y/o solucionar los diversos factores que causan las prácticas alimentarias inadecuadas en sus niños podrían ocasionar daños en el desarrollo cognitivo, emocional y social.

En relación a los conocimientos de las madres respecto a la anemia infantil, se encontró que un 54.2% conoce y un 45.8% no conoce sobre este aspecto, estos resultados difieren con el estudio realizado por Díaz F., en Huánuco – 2018, titulado “Nivel de conocimiento y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 24 meses sobre la ferropenia” encontrándose que el 66% de las madres no conoce y un 34% conoce⁽²⁰⁾.

Esta diferencia de resultados podría indicarnos que el nivel de conocimiento que tiene cada persona varía según las creencias, costumbres y experiencias propias de su localidad; también se puede considerar debido a factores que intervienen en la adopción de cierta información sobre estos temas de prevención gracias a campañas, charlas, sesiones que cada mamá tuvo la oportunidad de asistir. Por lo tanto, los conocimientos que poseen las madres va a determinar en cierto grado la toma de decisiones sobre qué alimentos son necesarios para su niño, puesto que si se desconoce completamente estos aspectos se incurriría a acciones en las cuales no le permitan tomar soluciones apropiadas en el cuidado de su niño.

En cuanto a las dimensiones de la variable conocimientos, si analizamos de manera general se refleja que la mayoría de las madres conocen más sobre los aspectos generales de la anemia con un 64.6%, mientras que para la dimensión medidas de prevención conocen en menor proporción con un 56.3%. Estos resultados se asemejan a un estudio realizado por Unigarro A. en el año 2010, titulado “Conocimientos, aptitudes y prácticas que tienen las madres sobre la ferropenia en Ecuador” donde identificó que la mayoría de las madres conocen de manera general sobre la anemia ferropénica, pero conocen menos sobre acciones esenciales para prevenirla a tiempo⁽¹⁶⁾

Estos datos similares nos indica que la mayoría de las madres están orientadas a las generalidades de la anemia infantil como la definición, las causas, etc., sin embargo, aún falta inculcar sobre las medidas preventivas principales para combatir la anemia, ya que si no se orienta a las madres de familia sobre este aspecto importante podría tener practicas riesgosas al momento de alimentar a su niño, originando que el niño más adelante tenga anemia.

Si analizamos detenidamente la dimensión aspectos generales como la definición de la anemia, valor normal de la hemoglobina, el grupo con mayor riesgo a poseer esta afección, cuales son su causas, síntomas y consecuencias, los resultados nos indican que un 64.6% conocen y un 35.4% desconocen sobre lo antes mencionado, resultado que se asemeja con el trabajo realizado por Trujillo E. sobre “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 2 años” obteniendo un resultado de 61.7 % con predominio de conocimiento medio respecto a aspectos básicos sobre anemia y 34.6% nivel bajo.⁽¹⁸⁾

Estos resultados similares evidencian que más de la mitad de las madres encuestadas conocen sobre que es la anemia, a qué se debe la presencia de este problema, los signos y síntomas, los efectos que produce, etc. Es decir, muchas de las personas responsables del cuidado del niño están orientadas a los aspectos básicos del tema, sin embargo, alrededor de 40% de esta población todavía no tienen noción sobre este problema nutricional, lo que originaría un factor de riesgo para poder identificar a tiempo si el niño presenta o no anemia.

Mientras que para la dimensión conocimientos relacionados a medidas preventivas tales como la importancia de la lactancia materna exclusiva,

alimentos ricos en hierro, inhibidores y facilitadores de su absorción, y suplementos hemínicos, tenemos como resultado que el 56.3% conoce y 43.8% no conoce sobre estos aspectos referidos. Estos resultados se asemejan con el estudio de Ramos G., dando como resultado que para la dimensión conocimientos sobre medidas preventivas el 64.4% de las madres encuestadas tienen un nivel medio, 21.1% bajo y 14.4% alto.⁽¹⁹⁾

Estos hallazgos semejantes podrían indicarnos que más de la mitad de las madres conocen sobre medidas de prevención para contrarrestar la anemia, este aspecto es importante ya que, según lo estipulado en el plan de la lucha contra este problema, se pueden impartir estrategias que minimicen la prevalencia. Sin embargo, aún se puede evidenciar que existe alrededor de 40% de madres que no conocen sobre medidas preventivas para contrarrestar esta enfermedad, lo cual refleja que aún falta inculcar y educar a los cuidadores, puesto que, si no se tiene un concepto unidireccional e integral se estaría desestimando la realidad de esta problemática de salud y recurriendo al riesgo de adoptar acciones que encaminen el incremento de anemia infantil.

Por otro lado, en cuanto a las prácticas de la prevención de anemia, se obtiene como resultado que un 64.6% presentan prácticas inadecuadas y 35.4% prácticas adecuadas, resultados que se asemejan al trabajo de investigación realizado por Sedano L., en el departamento de Huancayo – 2017, sobre “Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias de las madres sobre la prevalencia de anemia” encontrando que el 76.9% tienen prácticas alimenticias inadecuadas y 23.1% tienen prácticas adecuadas.⁽²¹⁾

Estos resultados similares evidencian que la mayoría de las madres no realizan acciones óptimas para desarrollar una buena alimentación en sus

hijos, lo cual nos podría indicar una de las razones del porque aún se evidencia cifras cerca de la mitad de anemia infantil. Es preciso mencionar que si no se logra revertir este problema a tiempo tendremos muchos niños en el futuro con diversas falencias en la productividad y capacidad de realización.

En cuanto a las dimensiones de las prácticas, tales como consumo de alimentos ricos en hierro, tanto en frecuencia, calidad, cantidad, sus inhibidores y facilitadores de la absorción, resulta que el 66.4% tienen prácticas inadecuadas y 33.3% prácticas adecuadas. Lo cual se asemeja con los resultados en la investigación realizado por Ramos G., en el año 2018, sobre “Conocimientos y prácticas maternas para prevenir anemia en un centro de salud”, señalando que para la dimensión alimentación el 74.4% presenta prácticas inadecuadas, frente a un 25.6% que presentan prácticas adecuadas.⁽¹⁹⁾

Estos porcentajes similares refleja que la principal medida de prevención contra la anemia tales como la ingesta de alimentos que contienen hierro, el cumplimiento de la proporción y calidad ideal de este mineral según la edad del niño, no se están cumpliendo puesto que la mayoría de las mamás tienen prácticas inadecuadas, originando deficiencias nutricionales en sus hijos, lo que conllevaría más adelante a tener anemia ferropénica y posiblemente problemas en el desarrollo.

Con respecto a la dimensión inclusión de suplementos hemínicos referidos al consumo, preparación y frecuencia del hierro preventivo, se obtiene que el 60.4% y 39.4% tienen prácticas inadecuadas y adecuadas respectivamente. Estos resultados guardan relación con el trabajo de Ramos G., encontrando para la dimensión suplementación con hierro y

multimicronutrientes que el 50.9% presenta prácticas inadecuadas, frente a un 41.9% que presenta prácticas adecuadas.⁽¹⁹⁾

Estos hallazgos similares denotan que, una de las estrategias planteadas por el gobierno para combatir la anemia, no ha sido efectivo en el cumplimiento, puesto que más de la mitad de madres no lo realizan acorde a lo estipulado, cabe resaltar que las personas responsables del cuidado del niño tenían información errónea sobre la administración de los suplementos, los efectos que produce, etc. Por ello, es importante sensibilizar y educar estratégicamente a los padres sobre este tema más a fondo.

Es preciso mencionar que realizar prácticas óptimas y/o adecuadas resulta ser uno de los principales factores para disminuir la prevalencia de esta problemática, por tanto, medidas preventivas como inclusión, calidad y cantidad de hierro a la edad pertinente, así como también, el cumplimiento adecuado de la ingesta del suplemento preventivo de este mineral son medidas claves que están estipulados en el plan multisectorial, que junto a otros aspectos como la actitud con la que se realizan estas actividades por parte de los padres de familia, resultarán en gran medida soslayar este impacto que tiene la anemia sobre la etapa infantil.⁽⁵⁾

Por ende, no es suficiente solo impartir una serie de actividades educativas con el fin de incrementar los conocimientos para lograr el cambio o mejoría en las prácticas de las madres, si no que va más allá, tal como es la de intervenir realmente los componentes por las cuales cada mamá no adopta ciertos tipos de prácticas adecuadas, para ello el profesional de Enfermería debe ser minucioso al momento de evaluar al niño en el servicio de Crecimiento y Desarrollo, puesto que, posiblemente el padre de familia

requiera ser sensibilizado sobre la importancia de prevenir esta enfermedad, así como también realizar sesiones demostrativas en el cual incluya la participación de las madres, seguir con un monitoreo a través de visitas domiciliarias, para la detección oportuna de factores de riesgo de esta manera poder enmendar estas acciones en aras de disminuir las causas de esta prevalencia, como también identificar factores protectores para ir fortaleciendo y de esta manera no se pierda dichas prácticas.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio, determinando de esta manera que el conocer sobre las medidas de prevención no implica necesariamente su aplicación en la alimentación de sus niños. Rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula.
- En relación a los conocimientos, un elevado porcentaje de madres conocen acerca de la anemia ferropénica básicamente en cuanto a los aspectos generales tales como definición de la anemia, los síntomas, la población a la que más afecta, causas y consecuencias.
- Un poco más de la mitad de las madres conocen sobre las medidas de prevención de la anemia ferropénica tales como lactancia materna, consumo de alimentos ricos en hierro, inhibidores y facilitadores de su absorción y suplementos de hierro.
- En cuanto a la práctica, un porcentaje significativo de madres presentan prácticas inadecuadas respecto al consumo de alimentos ricos en hierro, tales como la frecuencia, calidad y alimentos que facilitan su absorción.
- La mayoría de las madres presentan prácticas inadecuadas respecto a la administración de suplementos de hierro en la dieta de sus hijos, tales como consumo, preparación y frecuencia.

4.2 Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería deben incrementar consejerías nutricionales y visitas domiciliarias a las madres y/o cuidadoras para así identificar de manera más oportuna e individualizada los factores de riesgo por las cuales no cumplen una práctica adecuada.
- El personal de salud debe actuar interdisciplinariamente para concientizar a las madres sobre la importancia de los cuidados principales para la prevención de la anemia.
- Cada centro de atención de salud debe capacitar al personal de enfermería sobre temas de interculturalidad a fin de realizar intervenciones estratégicas en cuanto al cumplimiento de alimentos ricos en hierro y suplementos férricos.
- Realizar estudios similares sobre los posibles factores por los cuáles no se logra mejorar las prácticas adecuadas y de esta manera intervenir oportunamente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables. 2016 [cited 2020 Mar 3];1–13. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679:iron-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&Itemid=40275&lang=es
2. Lorena Alcazar. Impacto económico de la anemia en el Perú. Grup Análisis para el Desarro [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 3];9. Available from: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/publics/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf
3. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. Scielo Perú [Internet]. 2017 Nov [cited 2020 Mar 4];34(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400002
4. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J. Caracterización de la anemia en niños menores de 5 años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):431–9.
5. Comisión Interministerial de Asuntos Sociales. Plan multisectorial de la lucha contra la anemia. 2018;(Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social):30,31. Available from: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>
6. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 11];34(4):716. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3346/2924>
7. Rivas PC, Gotthelf SJ. ANEMIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALTA ANEMIA AND NUTRITIONAL STATUS IN POPULATION OF SALTA CITY. Vol. 19, Actualización en Nutrición. 2018.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ministerio de Economía y Finanzas. ENDES. 2018;(Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013-2018 – Primer Semestre):53.
9. Stanco GG. Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro. Colomb Med. 2007 Jan;38(SUPPL. 1):24–33.
10. L. Toxqui ADPVCSBFJS-M and M. PV. Deficiencia y sobrecarga de hierro: implicaciones en el estado oxidativo y la salud cardiovascular. Scielo Nutr Hosp [Internet]. 2010 May [cited 2020 Mar 13];25(3). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000300003
11. MINSA. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materna Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. 2017. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/>
12. Ministerio de Salud del Peru (MINSA). Plan Nacional para la REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. 2017 [Internet]. 2017;65. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
13. Gómez Cruz Zoila, Landeros Ramírez Patricia, Noa Pérez Mario PMS. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUBA. Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2017;0–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174a.pdf>
14. Ramesh S. Assess the Knowledge and Practice of Prevention and Management of Childhood Anemia among Mothers of Preschool Children in Selected Anganwadi Centres of Thrissur, Kerala, South India. 2017 [cited 2020 Apr 6];V. Available from: <http://nursing-conf.org/cwsd.php?Z3AuPTQ0Pg/NDw/ZXZgand2K3FmYSh5YWx7bXZ3amYib3hhP2R3c21kYXNhKHxpKXV0YHhha2ZmbGlscn1pLmJveGR1cWh3YGQlf2locGdtaWJtYWthP25taWx6ciNza2g.pdf>
15. Guedenon KM, Atakouma YD, Macamanzi E, Dossou FC, Gbadoe AD. Knowledge, attitude and practice of the mothers with anemia of

children under five years old in the peadiatric department at Sylvanus Olympio teaching hospital in Lomé. Tunis Med [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 May 14];94(1):46–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27525605>

16. Unigarro A. Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel de la Ciudad de San Gabriel, Provincia del Carchi. Univ Tec del Norte Ecuador [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 5];210. Available from: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/709/2/06 ENF 440 TESIS.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/709/2/06_ENF_440_TESIS.pdf)
17. Salazar K, Tello Y. Conocimiento y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años del Puesto de Salud Parques de Manchay, Lima-2019 [Internet]. [Lima]: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO; 2019 [cited 2020 Apr 6]. Available from: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/4318/salazar cotrina tello roque 2da espec enfermeria 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/4318/salazar_cotrina_tello_roque_2da_espec_enfermeria_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Trujillo Espinoza J. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 2 años que acuden a un puesto de salud -2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2019 [cited 2020 Jul 29]. Available from: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3588/T061_47649657_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Ramos Galindo R. Conocimiento y prácticas maternas para prevenir anemia en niños menores de 3 años. Centro de Salud Jaime Zubieta, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Apr 6];9. Available from: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17304/Ramos_G R.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17304/Ramos_G_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Diaz F. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Panao – Huánuco – 2016 [Internet]. 2018 [cited 2019 May 14]. Available from: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:HtPJP1X87a kJ:scholar.google.com/+relacion+entre+conocimiento+y+practica+so](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:HtPJP1X87a_kJ:scholar.google.com/+relacion+entre+conocimiento+y+practica+so)

bre+anemia&hl=es&as_sdt=0,5

21. Sedano Leon M. Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud Cocharcas-2017. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2018.
22. Baviera B. Anemia ferropénica [Internet]. *Pediatría integral* . 2016 [cited 2019 Jun 8]. p. 297–307. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-06/anemia-ferropenica/>
23. Monteagudo E, Ferrer B. Deficiencia de hierro en la infancia (I). Concepto, prevalencia y fisiología del metabolismo férrico/Lack of iron during childhood (I). Concept, prevalence and physiology of the ferric metabolism - ProQuest. *Nutr Infant Acta Pediátrica Española* [Internet]. 2010 May [cited 2020 Apr 7];5:245–51. Available from: <https://search.proquest.com/openview/9ae89199e76ce824b210565ef35057d5/1?cbl=31418&pq-origsite=gscholar>
24. Pérez Hernández R, Luis JCR. Anemia ferropénica en la infancia [Internet]. *BSCP Can Ped*. 2001 [cited 2019 Jun 5]. Available from: http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2017/09/Anemia_Ferropénica.pdf
25. Svarch Guerchicoff E. Anemia por deficiencia de hierro en el lactante. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Apr 26];4:87. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000400001
26. Choices. Anemia ferropénica. NHS [Internet]. 2008;4. Available from: https://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Anaemia_iron_deficiency_Spanish_FINAL.pdf
27. Baviera P. Ferropenia en lactantes y niños pequeños. *Nutr Infant*. 2011;
28. Moráis López A, Dalmau Serra J. Importancia de la ferropenia en el niño pequeño: repercusiones y prevención. *An Pediatr* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 9];74(6). Available from: www.elsevier.es/anpediatr
29. MIDIS. Plan multisectorial de la lucha contra la anemia [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Mar 11]. Available from:

<http://www.midis.gob.pe/dmddocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>

30. Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 9]. 6 p. Available from: http://www.paho.org/hq/dmddocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
31. Sabillón DF, Abdu B, Centro De Capacitación J, Materna L. Composición de la Leche Materna.
32. Programa de Salud Infantil. Alimentación de 6 a 24 meses [Internet]. 2009 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion_6-24m.pdf
33. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria [Internet]. Nutrición. [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
34. Castillo Duran C, Balboa C P, Torrejón S C, Bascuñan G K, Uauy D R. Alimentación normal del niño menor de 2 años. Sociedad Chilena Pediatría [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 27];565–72. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v84n5/art13.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2010 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.paho.org/hq/dmddocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
36. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2017 May [cited 2020 Jun 7];38(3):182–201. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182#:~:text=En general%2C los alimentos de,0.8 y 1 kcal%2Fgramo.&text=La consistencia más apropiada de,edad y del desarrollo neuromuscular.
37. Ministerio de Salud. Complementaria Alimentación. Nutri Wawa [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 7];14–7. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/402799/ROTAFOLIO001.pdf>

38. Glader B. hematologia pediatria [Internet]. 18th Saunders Elsevier. 2007 [cited 2019 Jun 5]. p. 455. Available from: https://es.scribd.com/document/75523105/hematologia-pediatria?fbclid=IwAR2fW0zoy31KLufLV2lvYxv96_IH9yPsQr7E3VpNifJTjVpOqHrm23KsDTQ
39. UNICEF. Construyendo Cerebros Más Capaces [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.unicef.org/Construyendo-cerebros-mas-capaces_.pdf
40. National Institutes of Health. Datos sobre el hierro [Internet]. Office of Dietary Supplements. 2019 [cited 2020 Jun 7]. p. 1. Available from: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Iron-DatosEnEspanol.pdf>
41. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años [Internet]. 2001 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
42. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 056 -MINSa/DGSP. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Cent Nac Aliment y Nutr del Minist Salud [Internet]. 2014;1–27. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3933.pdf%0Ahttp://www.unicef.org/peru/spanish/directia-santiara-suplementacion-hierro-multimicronutrientes-prevencion-anemia.pdf>
43. MINSA. Uso de micronutrientes y alimentos ricos en hierro [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 27]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3540.pdf>
44. Bunge M. Que es el conocimiento [Internet]. Fundamentos teóricos de las ciencias económicas. 2011 [cited 2020 Apr 27]. p. 83–91. Available from: <http://materialdeapoyo2011.blogspot.com/2011/03/que-es-el-conocimiento-mario-bunge.html>
45. Licla Mezca R. La definición de filosofía en Augusto Salazar Bondy [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [cited 2020 Apr 27]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5547/Licla_mr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Aristizábal H., Blanco B., Sanchez R., Ostigüín M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su

comprensión. Scielo Enfermería Univ [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Jul 15];8(4). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

47. Laguado Jaimes E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Cuidarte Programa de Enfermería UDES [Internet]. 2013 Sep 7 [cited 2020 Jul 15]; Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a17.pdf>
48. Hernandez S. Metodología de la investigación [Internet]. sexta. Vol. 369, Journal of Petrology. 2013. 1689–1699 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003><https://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005><http://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757><http://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757>
49. Soto M. Modificación Horst al Coeficiente KR – 20 por Dispersión de la Dificultad de los Ítems. Interam J Psychol [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 15];44(2):274–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641008>
50. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Effect of anemia on child development: Long-term consequences. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 21];34(4):716–22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400020
51. Belkis Ajete S. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUBA. RESPYN Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2017 Dec 22 [cited 2020 Feb 26];16(4):10–9. Available from: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

A. Matriz de consistencia del proyecto	I
B. Operacionalización de la variable conocimientos	III
C. Operacionalización de la variable prácticas	IV
D. Instrumento N°1 Cuestionario de conocimientos	V
E. Instrumento N°2 Cuestionario de prácticas	IX
F. Consentimiento informado	XI
G. Validez de los instrumentos	XII
H. Confiabilidad del instrumento	XIII
I. Fórmula estadística: tamaño de muestra	XIV
J. Libro de códigos.....	XV
K. Categorización de las variables	XVIII
L. Matriz de datos conocimientos y prácticas	XIX
M. Prueba de hipótesis	XXIII
N. Tabla de datos generales.....	XXIII
O. Tabla de datos específicos.....	XXIV

A. Matriz de consistencia del proyecto

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	BASE TEORICA	METODOLOGIA	TECNICA	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud “Primavera” 2019?	<p>Objetivo general:</p> <p>– Determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud “Primavera” 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los conocimientos sobre los aspectos generales de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses 	<p>H1: Existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud “Primavera”.</p> <p>H0: No existe relación</p>	<p>Aspectos generales de anemia ferropénica</p> <p>Situación actual de la anemia ferropénica en el Perú.</p> <p>Plan Multisectorial de la Lucha Contra la Anemia</p> <p>Acciones principales para la prevención de la</p>	<p>El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, nivel aplicativo, según el análisis y alcance de los resultados es correlacional y de corte transversal.</p> <p>El estudio se realizará en el Centro de Salud “Primavera”.</p> <p>La población estará conformada por 96 madres que llevan a sus niños de 6 a 36 al control de</p>	<p>La técnica es una encuesta, instrumento cuestionario uno para medir conocimiento s y otro para las prácticas de 22 preguntas en total con respuestas dicotómicas.</p>	<p>Variable: Conocimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce <p>Variable: Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • adecuadas • inadecuadas

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses • Identificar las prácticas sobre alimentos ricos en hierro para la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses Primavera. • Identificar las prácticas sobre suplementos de hierro para la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses. 	<p>significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud "Primavera".</p>	<p>anemia ferropénica</p> <p>Generalidades sobre conocimientos</p> <p>Generalidades sobre prácticas</p> <p>Rol de enfermería en la prevención de anemia ferropénica.</p>	<p>Crecimiento y Desarrollo, trabajando solo con una muestra de 48 madres.</p> <p>El muestreo es de tipo no probabilístico intencional aplicando la fórmula de tamaño de muestra para población finita, considerando los criterios de inclusión y exclusión propuesta por la tesista.</p>	
---	--	--	---	--

B. Operacionalización de la variable conocimientos

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Conocimientos sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad.	El conocimiento es un conjunto de información almacenada, que es adquirida mediante la experiencia o el aprendizaje sobre la prevención de anemia ferropénica	Aspectos generales	<ul style="list-style-type: none"> Definición Riesgo de anemia en niños de 6 a 36 meses Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de clasificación de anemia en niños Causas Signos y síntomas Consecuencias 	Conoce No conoce	Conjunto de saberes que poseen las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, expresados verbalmente; que serán medidos a través de un cuestionario, valorado en “no conoce” “conoce poco” “conoce mucho”.
		Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna Alimentación complementaria EL hierro en la dieta, facilitadores e inhibidores de su absorción. Suplementación con multimicronutrientes 		

C. Operacionalización de la variable prácticas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad.	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos adquiridos pudiendo ser valoradas a través de la observación o expresada por la madre, para prevenir la anemia ferropénica	Alimentos ricos en hierro	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de los alimentos ricos en hierro • Calidad de los alimentos ricos en hierro • Alimentos inhibidores y facilitadores de la absorción del hierro de los alimentos 	Adecuadas Inadecuadas	Conjunto de acciones que refieren realizar las madres para la prevención de la anemia ferropénica; el cual será obtenido con la técnica de una encuesta mediante la aplicación de un instrumento que será el cuestionario y valorado en prácticas “adecuadas” “inadecuadas”.
		Suplementos hemínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo y preparación del multimicronutriente • Frecuencia de consumo de hierro profiláctico 		

D. Instrumento N°1 Cuestionario de conocimientos

I. PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Ruth Marlith Gonzales Vargas, soy interna de enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad solicito su valiosa colaboración en el presente estudio de investigación que tiene por objetivo: Identificar los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

III. DATOS GENERALES

1. Edad del niño:
6 a 11 meses () 1 a 2 años () Más de 2 años a 3 años ()
2. Edad de la madre:
18 a 35 años () 36 a 59 años ()
3. Procedencia:
Costa () Sierra () Selva ()
4. Ocupación:
Ama de casa () Comerciante() Profesional / Técnico ()
5. Estado civil:
Soltera () Conviviente () Casada () Separada ()
6. Grado de instrucción:
Primaria () Secundaria () Superior o técnico ()
7. Número de hijos: 1 () 2 () 3 a más ()

III. DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Qué es la anemia?
 - a. Aumento de azúcar en la sangre.
 - b. Aumento del colesterol.
 - c. Disminución de la hemoglobina.
 - d. No sabe
2. ¿En cuál de los siguientes grupos produce mayor daño la anemia ferropénica?
 - a. Niños menores de 3 años
 - b. Niños de 3 a 5 años
 - c. Niños mayores de 5 años
 - d. No sabe
3. El valor normal de la hemoglobina en un niño de 6 a 36 meses es:
 - a. De 9 a 10 gr/dl
 - b. De 10 a 11 gr/dl
 - c. Mayor de 11 gr/dl
 - d. No sabe
4. La anemia ferropénica es causada por:
 - a. Consumir alimentos contaminados
 - b. Vacunas incompletas
 - c. Pobre aporte de hierro en los alimentos
 - d. No sabe
5. Un niño con anemia ferropénica puede presentar lo siguiente:
 - a. Aumento de apetito, fiebre, cansancio
 - b. Disminución del apetito, palidez y mucho sueño
 - c. Fiebre, palidez y dolor de cabeza.
 - d. No sabe
6. Las principales consecuencias de la anemia ferropénica en el niño son:
 - a. Disminución de peso y pérdida de la visión
 - b. Retraso en el crecimiento y problemas de aprendizaje
 - c. Pérdida de la audición y retraso en el crecimiento
 - d. No sabe

7. La leche materna es importante en la prevención de la anemia ferropénica, porque:
- a. Proporciona defensas
 - b. Contiene proteínas
 - c. Contiene hierro
 - d. No sabe
8. ¿Hasta qué edad la leche materna ayuda a prevenir la anemia ferropénica?
- a. Hasta los 6 meses
 - b. Hasta los 12 meses
 - c. Hasta los 24 meses
 - d. No sabe
9. Una de las medidas para prevenir la anemia ferropénica en el niño a partir de los 6 meses es:
- a. Reemplazar la leche materna por una formula láctea.
 - b. Brindar alimentos ricos en calcio y dar leche de vaca.
 - c. Dar alimentos ricos en hierro y continuar con lactancia materna.
 - d. No sabe
10. ¿A qué edad es necesario introducir alimentos ricos en hierro?
- a. A partir de los 6 meses
 - b. A partir de los 8 meses
 - c. A partir de los 10 meses
 - d. No sabe
11. Un niño mayor de 1 año ¿Cuántas veces como mínimo debe consumir alimentos ricos en hierro?
- a. 2 veces a la semana
 - b. 3 veces a la semana
 - c. 1 vez al mes
 - d. No sabe
12. ¿Qué alimento favorece la absorción del hierro alimenticio?
- a. Leche de vaca
 - b. Jugo de naranja
 - c. Manzanilla
 - d. No sabe

13. ¿Qué alimento impide la absorción del hierro alimenticio?
- a. Jugo de naranja
 - b. Manzanilla
 - c. Granadilla
 - d. No sabe
14. De los siguientes alimentos de origen vegetal ¿Qué alimento contiene MAYOR cantidad de hierro?
- a. Brócoli
 - b. Espinaca
 - c. Betarraga
 - d. No sabe
15. De los siguientes alimentos de origen animal ¿Qué alimento contiene MAYOR cantidad de hierro?
- a. Pollo
 - b. Hígado
 - c. Pescado
 - d. No sabe
16. La preparación correcta de los multimicronutrientes consiste en:
- a. Lavar las manos, separar dos cucharadas de comida tibia y echar todo el sobre de chispitas.
 - b. Lavar las manos, echar todo el sobre de chispitas en toda la ración de comida.
 - c. Lavar las manos, echar la mitad del sobre de chispitas en toda la ración de comida.
 - d. No sabe
17. El número total de cajas de multimicronutrientes que debe consumir el niño para prevenir la anemia ferropénica, es:
- a. 12 cajas en un año
 - b. 15 cajas en un año
 - c. 18 cajas en un año
 - d. No sabe

E. Instrumento N°2 Cuestionario de prácticas

I. PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Ruth Marlith Gonzales Vargas, soy interna de enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad solicito su valiosa colaboración en el presente estudio de investigación que tiene por objetivo: Identificar las prácticas que realizan sobre la prevención de la anemia ferropénica, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

1. ¿Con qué frecuencia usted le brinda estos alimentos a su niño?
Marque con un aspa (X)

Alimentos	Todos los días	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	1 vez al mes	Nunca
Pollo						
Pescado						
Carne de res						
Hígado						
Bazo						
Sangrecita						
Lentejas						
Espinaca						
Brócoli						

2. Diga usted que tipos de alimentos ha utilizado en esta última semana en la preparación para el almuerzo de su niño:

	En la sopa:	En el segundo:	En el postre:
ANTES DE AYER			
AYER			

3. ¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo?

.....
.....

4. ¿A su niño le brinda multimicronutrientes (Chispitas)?
a. Si
b. No

Si su respuesta fue SI.

¿Cómo lo prepara?

.....
.....
.....
.....
.....

5. ¿Con que frecuencia le brinda las chispitas a su niño?
a. 1 a 3 veces por semana
b. 4 a 6 veces por semana
c. Todos los días

F. Consentimiento informado

Buenos días Sra. soy Interna de Enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad se está realizando un estudio de investigación con autorización del Centro de Salud Primavera con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas de las madres en los niños de 6 a 36 meses sobre la prevención de anemia ferropénica.

Usted deberá responder a todas las preguntas que a continuación se le presentan. Su participación es libre y voluntaria. La información que usted brinde es de uso exclusivo para la investigación.

Acepto participar en la investigación, siendo informado de todos los aspectos que concierne.

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

G. Validez de los instrumentos

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTO

Instrumento: Cuestionario para la variable conocimientos

Ítems	JUECES							VALOR de P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	0	*0.062
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	0	1	1	1	*0.062
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008
Valor p Total								0.02

Instrumento: Cuestionario para la variable Prácticas

Ítems	JUECES							VALOR de P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	0	*0.062
4	1	1	1	1	1	1	0	*0.062
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	0	1	1	1	*0.062
7	1	1	1	1	1	1	0	*0.062
Valor p Total								0.03

*Se realizaron las modificaciones en este criterio, teniendo en cuenta las recomendaciones de los jueces de expertos.

Se ha considerado:

0: Respuesta desfavorable

1: Respuesta favorable

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Por lo tanto, ambos instrumentos son válidos.

H. Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad de los instrumentos conocimientos y prácticas se determinó a través de una prueba piloto a 15 madres de familia con niño de 6 a 36 meses de edad que acuden al centro de salud, las cuales fueron distintas a las participantes del estudio.

$$KR - 20 = \left(\frac{K}{K - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum p \times q}{V_t} \right)$$

Donde

KR-20: Coeficiente de confiabilidad (Kuder – Richardson)

K: Número total ítems en el instrumento

Vt: Varianza total

$\sum p \times q$: Sumatoria de la varianza de los ítems

$p = \frac{TRC}{N}$; Total de Respuestas Correctas (TRC) entre el Número de sujetos participantes (N)

q: 1 - p

	Variables	
	Conocimientos	Prácticas
K- Richardson	0.82	0.92

Interpretación: La fiabilidad es buena si ≥ 0.8

A los resultados que se obtuvieron se les aplicó la prueba de K – Richardson20 para ambas variables, identificándose 0.82 para la variable conocimientos y 0.92 ara la variable práctica. Por lo tanto, ambos instrumentos son confiables.

I. Fórmula estadística: tamaño de muestra

Tamaño:

Fórmula para determinar el tamaño de muestra para población finita de 96 madres, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde

N: Tamaño de población

Z: nivel de confianza = 95% (1,96)

p: probabilidad de éxito o proporción esperada = 0.5

q: probabilidad de fracaso = 0.5

d: precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = 5%

n: tamaño de muestra

Se utiliza un nivel de confianza del 95% y un error del 5% por tratarse de un estudio de campo. Por lo tanto, el tamaño de muestra es de 48 madres

J. Libro de códigos

DATOS GENERALES

Datos del niño:

VARIABLE	ITEM	CÓDIGO
EDAD	6 a 11 meses	1
	1 a 2 años	2
	2 años 1 mes a 3 años	3

Datos de la madre:

VARIABLE	ITEM	CÓDIGO
EDAD	18 a 35 años	1
	36 a 59 años	2
PROCEDENCIA	Selva	1
	Sierra	2
	Costa	3
OCUPACIÓN	Ama de casa	1
	Comerciante	2
	Profesional / Técnico	3
ESTADO CIVIL	Soltera	1
	Separada	2
	Conviviente	3
	Casada	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior o Técnico	3
NÚMERO DE HIJOS	1	1
	2	2
	3 a más	3

DATOS ESPECÍFICOS

VARIABLE	DIMENSIÓN	ITEM	CATEGORÍA	CÓDIGO	Nº PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA	ASPECTOS GENERALES	Concepto de anemia	CONOCE DESCONOCE	1 0	1	C
		Grupo poblacional de mayor riesgo	CONOCE DESCONOCE	1 0	2	A
		Valor normal de hemoglobina	CONOCE DESCONOCE	1 0	3	C
		Causas	CONOCE DESCONOCE	1 0	4	C
		Signos y síntomas	CONOCE DESCONOCE	1 0	5	B
		Consecuencias	CONOCE DESCONOCE	1 0	6	B
	PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA	Lactancia materna	CONOCE DESCONOCE	1 0	7 8	C A
		Alimentación complementaria	CONOCE DESCONOCE	1 0	9 10	C A
		Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro	CONOCE DESCONOCE	1 0	11	B
		Alimentos inhibidores y facilitadores de la absorción de hierro	CONOCE DESCONOCE	1 0	12 13	B B
		Calidad de alimentos ricos en hierro	CONOCE DESCONOCE	1 0	14 15	B B

		Suplementación de hierro	CONOCE DESCONOCE	1 0	16 17	A A
--	--	--------------------------	---------------------	--------	----------	--------

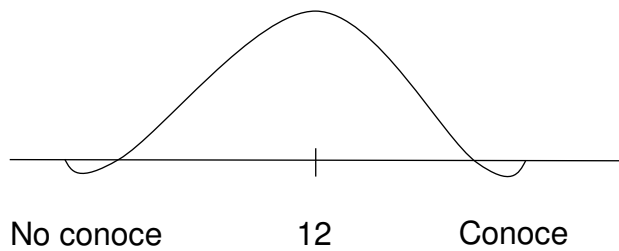
VARIABLE	DIMENSIÓN	ITEM	CATEGORÍA	CÓDIGO	Nº PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
PRÁCTICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA	Alimentos ricos en hierro	Frecuencia de los alimentos ricos en hierro	ADECUADAS INADECUADAS	1 0	18	Diariamente / 3 a 2 veces por semana: 1 punto 1 vez a la semana / 1 vez al mes / nunca: 0 punto Se considera: CORRECTO: mayor de 4 puntos INCORRECTO: menor o igual de 4 puntos
		Calidad de los alimentos ricos en hierro	ADECUADAS INADECUADAS	1 0	19	CORRECTO: Sopa (no le dio) / Segundo (Alimentos variados incluyendo alimentos ricos en hierro / Postre (Fruta) INCORRECTO: Sopa (si le dio) / Segundo (otros) / Postre (otros o ninguno)
		Alimentos inhibidores y facilitadores de la absorción de hierro	ADECUADAS INADECUADAS	1 0	20	CORRECTO: Cualquier bebida que incluya vitamina C INCORRECTO: Infusiones y /o lácteos
	Suplementación de hierro profiláctico	Consumo y preparación	ADECUADAS INADECUADAS	1 0	21	CORRECTO: Si consume / Lavar las manos, separar dos cucharadas de comida tibia y echar todo el sobre de chispitas. INCORRECTO: No consume / Otra preparación
		Frecuencia del consumo	ADECUADAS INADECUADAS	1 0	22	CORRECTO: Frecuencia (todos los días) INCORRECTO: Otros

K. Categorización de las variables

Para la variable conocimientos: Total de 16 preguntas

Se determina el promedio aritmético (X)

$$X = 11,4 = 11$$

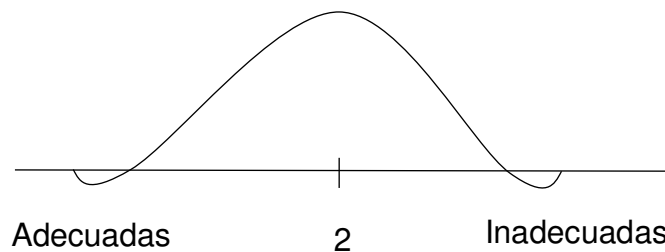


CONOCIMIENTOS	N°
NO CONOCE	0-11
CONOCE	12-16

Para la variable prácticas: Total de 5 preguntas

Se determina el promedio (X)

$$X = 1,9 = 2$$



PRÁCTICAS	N°
INADECUADAS	0-2
ADECUADAS	3-5

L. Matriz de datos conocimientos y prácticas

N°	DATOS GENERALES							CONOCIMIENTOS																	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	2	2	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	13	
2	2	1	3	1	3	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	12	
3	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	11	
4	3	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
5	3	1	3	1	4	3	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
6	3	2	1	1	4	3	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	
7	1	1	2	1	3	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	9
8	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	12	
9	1	1	3	3	4	3	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	
10	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
11	1	1	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	11	
12	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	10	
13	2	1	3	1	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	
14	2	1	2	1	3	3	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12	
15	1	2	2	1	3	2	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	9	
16	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13	
17	2	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	13	
18	2	2	3	1	4	2	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	11	
19	1	1	2	1	3	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	8	
20	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	9	
21	2	2	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
22	3	1	3	1	1	3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13	
23	2	2	3	1	3	2	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
24	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14	
25	3	1	2	1	4	1	3	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	9	
26	1	1	3	1	3	3	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	11	
27	2	1	2	1	3	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	10	

28	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	11	
29	1	1	1	1	3	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	9
30	2	1	3	1	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7
31	2	1	3	1	3	2	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	11
32	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13
33	1	1	3	1	3	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	13
34	1	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	12
35	1	1	3	1	1	3	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	13
36	1	1	3	3	3	3	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
37	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	14
38	1	2	3	1	3	1	3	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6
39	3	1	3	1	4	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	8
40	2	2	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	14
41	2	1	2	1	3	2	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12
42	3	1	1	2	3	3	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
43	1	1	1	1	4	3	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
44	2	1	3	1	3	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	8
45	1	2	3	1	2	2	3	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
46	1	1	3	1	3	3	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	10
47	2	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	11
48	1	1	3	1	3	3	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	11

N°	PRÁCTICAS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	0	0	1	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	1	0	0	1
6	0	0	1	1	0	2
7	0	0	0	0	0	0
8	1	1	1	0	0	3
9	0	0	1	1	1	3
10	0	1	1	1	0	3
11	0	0	0	0	0	0
12	1	0	0	0	0	1
13	1	1	0	1	0	3
14	0	0	0	1	0	1
15	0	1	0	0	0	1
16	1	0	0	0	0	1
17	0	1	0	1	1	3
18	1	1	1	1	1	5
19	0	0	1	0	0	1
20	1	1	1	1	0	4
21	1	1	1	1	0	4
22	1	1	1	0	0	3
23	0	0	0	0	0	0
24	1	1	1	1	1	5
25	1	0	0	1	0	2
26	0	0	0	1	1	2
27	1	1	1	0	0	3
28	0	0	1	0	0	1
29	1	0	0	0	0	1
30	0	0	0	1	1	2
31	1	0	0	0	0	1
32	1	1	0	1	1	4
33	1	1	1	1	1	5
34	1	1	0	0	0	2
35	0	0	0	0	0	0
36	1	0	1	1	0	3
37	0	1	1	1	1	4
38	1	1	1	0	0	3
39	0	0	0	0	0	0
40	0	0	1	1	0	2
41	0	0	0	0	0	0

42	0	1	0	0	0	1
43	0	1	0	0	0	1
44	1	0	0	0	0	1
45	1	1	1	1	1	5
46	0	0	0	0	0	0
47	0	0	1	0	0	1
48	0	0	0	0	0	0

M. Prueba de hipótesis

En primer lugar, se evalúa la distribución de los datos, a fin de elegir la prueba de hipótesis paramétrica y no paramétrica para el respectivo contraste estadístico mediante la prueba de Shapiro – Wilks, el cual es muy eficaz para determinar normalidad en caso de tamaños muestrales mayores de 30 elementos. Donde, se interpreta que si el $p \geq 0.05$, la distribución de los datos es normal; sin embargo, si $p < 0.05$ la distribución es no normal.

Pruebas de normalidad			
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
CONOCIMIENTOS	,958	48	,087
PRACTICAS	,895	48	,012
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Dando como resultado el valor p para la variable conocimiento $p=0,087$ y para la variable practicas $p=0,012$, observándose una distribución no normal en esta última variable. Por ello el estudio se orienta a una prueba no paramétrica.

Posterior a ello se analiza el tipo de variable que corresponde el estudio. Lo cual ambas variables son categóricas de tipo ordinal.

Por ello, se utiliza la prueba de Chi cuadrado para correlacionar las variables sujetas a investigación.

Estadígrafo Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

El segundo miembro de la ecuación se distribuye aproximadamente como Chi Cuadrado con $(k - 1)$ gl.

Dónde:

O_i = frecuencias observadas.

E_i = frecuencias esperadas o hipotéticas.

Regla de decisión:

Si p valor < 0.05 , rechazar la hipótesis nula

Si p valor ≥ 0.05 , no rechazar la hipótesis nula.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,859 ^a	1	,091		
Corrección de continuidad ^b	1,927	1	,165		
Razón de verosimilitud	2,927	1	,087		
Prueba exacta de Fisher				,132	,082
Asociación lineal por lineal	2,800	1	,094		
N de casos válidos	48				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,79.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Al tener un p mayor a 0.05 se rechaza la hipótesis alterna, lo cual significa que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

N. Tabla de datos generales

CARACTERÍSTICA	CLASIFICACIÓN	Nº	PORCENTAJE
EDAD DEL NIÑO	6 a 11 meses	22	45,8
	1 a 2 años	19	39,6
	2 años 1 mes a 3 años	7	14,6
TOTAL		48	100,0
EDAD DE LA MADRE	18 a 35 años	36	75,0
	36 a 59 años	12	25,0
TOTAL		48	100,0
PROCEDENCIA	SELVA	8	16,7
	SIERRA	15	31,3
	COSTA	25	52,1
TOTAL		48	100,0
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	44	91,7
	COMERCIANTE	2	4,2
	PROFESIONAL	2	4,2
TOTAL		48	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERA	3	6,3
	SEPARADA	1	2,1
	CONVIVIENTE	36	75,0
	CASADA	8	16,7
TOTAL		48	100,0
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA	5	10,4
	SECUNDARIA	25	52,1
	SUPERIOR/ TECNICO	18	37,5

TOTAL		48	100,0
NUMERO DE HIJOS	1	26	54,2
	2	12	25,0
	3 a más	10	20,8
TOTAL		48	100,0

O. Tabla de datos específicos

Conocimientos de prevención de anemia ferropénica en las madres de niños de 6 a 36 meses de un centro de salud Lima - 2019

CONOCIMIENTOS DE PREVENCION DE ANEMIA FERROPENICA	Nº	Porcentaje
NO CONOCEN	22	45,8%
CONOCE	26	54,2%
Total	48	100,0

Conocimientos según dimensiones sobre prevención de anemia ferropénica en las madres de niños de 6 a 36 meses de un centro de salud Lima - 2019

CONOCIMIENTOS		Nº	Porcentaje
ASPECTOS GENERALES	DESCONOCE	17	35,4
	CONOCE	31	64,6
	Total	48	100,0
PREVENCION DE ANEMIA	DESCONOCE	21	43,8
	CONOCE	27	56,3
	Total	48	100,0

Prácticas de prevención de anemia ferropénica en las madres de niños de 6 a 36 meses de un centro de salud Lima - 2019

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA	N°	Porcentaje
INADECUADAS	31	64,6%
ADECUADAS	17	35,4%
Total	48	100,0

Prácticas según dimensiones sobre prevención de anemia ferropénica en las madres de niños de 6 a 36 meses de un centro de salud Lima - 2019

PRÁCTICAS		N°	Porcentaje
ALIMENTOS RICOS EN HIERRO	INADECUADAS	31	64,6
	ADECUADAS	17	35,4
	Total	48	100,0
SUPLEMENTOS DE HIERRO	INADECUADAS	28	58,3
	ADECUADAS	20	41,7
	Total	48	100,0

CONOCIMIENTO		CONOCE		NO CONOCE	
		%	Nº	%	Nº
ASPECTOS GENERALES	Concepto	89.6	43	10.4	5
	Grupo poblacional de mayor riesgo	79.2	38	20.8	10
	Valores normales de concentración de hemoglobina	77.1	37	22.9	11
	Causas	81.3	39	18.7	9
	Signos y síntomas	83.3	40	16.7	8
	Consecuencias	81.3	39	18.7	9
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	Lactancia materna	31.3	15	68.7	33
	Alimentación complementaria	91.7	44	8.3	4
	Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro	89.6	43	10.4	5
	Alimentos inhibidores y facilitadores de la absorción de hierro	64.6	31	35.4	17
	Calidad de alimentos ricos en hierro	60.4	29	39.6	29
	Suplementación con multimicronutrientes	52.1	25	47.9	23

PRÁCTICAS		ADECUADAS		INADECUADAS	
		%	Nº	%	Nº
Consumo de alimentos ricos en hierro	Frecuencia de los alimentos ricos en hierro	45.8	22	54.2	26
	Calidad de los alimentos ricos en hierro	39.6	19	60.4	29
	Alimentos inhibidores y facilitadores de la absorción de hierro	41.6	20	58.4	28
Administración de suplementos de hierro	Consumo y preparación	39.6	19	60.4	29
	Frecuencia del consumo	20.8	10	79.2	38

